

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Silvie Staňková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B5345

Silvie Staňková

Studijní obor: Zdravotnický záchranář 5345R021

ETICKÁ DILEMATA V PRÁCI ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Staňková Silvie

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Etická dilemata v práci zdravotnického záchranáře

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran – číslované: 92

Počet stran – nečíslované: 37

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: Etika – bioetika – marná léčba – dystanázie – COVID-19 – alokace vzácných zdrojů – triáž pacientů – intenzivní péče

Souhrn

Tato bakalářská práce s názvem Etická dilemata v práci zdravotnického záchranáře se zaměřuje na problematiku etických dilemat v práci zdravotnického záchranáře. Věnuje se etickým dilematům v intenzivní péči, a to především těm, která souvisejí s šířením onemocnění COVID-19. Práce se skládá z části teoretické a praktické.

Teoretická část se věnuje etice jako filozofické disciplíně, popisuje základní etické teorie a zasazuje je do medicínské praxe. V teoretické části se dále nachází deskripce základních etických dilemat intenzivní péče, a to jak pandemických etických otázek, tak etických dilemat běžného provozu oddělení akutní a dlouhodobé neodkladné péče.

Praktická část obsahuje analýzu vlastního výzkumného šetření, jež jsme realizovali formou kvantitativního průzkumu metodou dotazování. Respondenty pro výzkum představovali zdravotničtí záchranáři zaměstnaní na odděleních intenzivní péče. Všichni respondenti měli zkušenost s ošetrovatelskou péčí u COVID-19 pozitivních pacientů. Zajímalo nás, jaká etická dilemata vnesla do intenzivní péče pandemie COVID-19, jaká byla četnost etických dilemat v intenzivní péči v období před pandemií a během ní. Blíže jsme se

zabývali etickými otázkami alokace vzácných zdrojů. Zjišťovali jsme také postoje záchranářů k dalším etickým otázkám pandemie.

Abstract

Surname and name: Staňková Silvie

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Ethical issues in the job of paramedic

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages – numbered: 92

Number of pages – unnumbered: 37

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 37

Keywords: Ethics – bioethics – futility treatment – COVID-19 - resource allocation – Triage od patients – intensive care

Summary

This Bachelor thesis focuses on the issues of ethical dilemmas connected with the work of paramedics. It is dedicated to the dilemmas in intense care and mainly those which are connected to the spreading of COVID-19. This thesis is divided into the theoretical and practical parts.

The theoretical part is devoted to ethics as a philosophical discipline. It describes main ethical theories and puts them into medical practices. Another part of theoretical section is the description of fundamental ethical dilemmas of intense care, both pandemic but also ethical questions of the operation of intensive care ward.

The practical part consists of the analysis of research that was made in the form of the quantitative survey done by the method of questioning. Survey respondents were medical staff employed in intense care. All respondents had experience with taking care of COVID-19 positive patients. Four health-care institutions were part of the research. The interest of

the research was to discover which ethical dilemmas were brought into the intense care by the COVID-19 pandemic, how common were ethical dilemmas in intensive care before the pandemic and during the pandemic. The closer focus was on ethical questions about the allocation of rare resources. We were also finding out the stand of paramedics on other ethical dilemmas.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce *Mgr. Evě Pfefferové* za cenné rady, nápady, vřelý přístup a ochotu poskytnout vlastní materiály či literaturu. Dále bych *Mgr. Evě Pfefferové* ráda poděkovala nejen za odborné vedení psaním bakalářské práce, ale i celým studiem na *Fakultě zdravotnických studií ZČU v Plzni*.

Mé poděkování patří také zdravotnickému záchranáři *Filipu Havlíkovi DiS.*, který se podílel na tvorbě dotazníkového šetření k bakalářské práci a poskytl mi detailní pohled zdravotnického záchranáře pečujícího o pacienty s onemocněním COVID-19 na etické otázky intenzivní péče vzniklé pandemií COVID-19.

Vřelé díky vyjadřuji i mým rodičům, kteří mi umožnili studium oboru *Zdravotnický záchranář* a celou dobu mě ve studiu podporují.

OBSAH

Seznam grafů	5
Seznam tabulek	7
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
Teoretická část	12
1 Etika.....	12
1.1 Bioetika.....	12
1.1.1 Vztah etiky a morálky	12
1.1.2 Přístupy v bioetice.....	13
1.1.2.1 Utilitarismus.....	13
1.1.2.1.1 Princip následků	13
1.1.2.1.2 Princip užitečnosti	14
1.1.2.1.3 Princip hédonismu	14
1.1.2.1.4 Sociální princip.....	14
1.1.2.2 Deontologie	14
1.1.3 Zdravotnická etika.....	15
1.1.4 Lékařská etika	15
1.1.5 Ošetrovatelská etika.....	16
1.2 Principy v lékařské etice	16
1.2.1 Princip beneficence a nonmaleficence	17
1.2.2 Princip autonomie.....	18
1.2.3 Princip beneficence, nonmaleficence a respektu k autonomii	19
1.2.4 Princip spravedlnosti a rovnosti.....	20
2 Intenzivní péče a její etická dilemata.....	22
2.1 Cíle a limity medicíny.....	22
2.2 Vybraná etická dilemata v intenzivní péči.....	24
2.2.1 Marná léčba	24

2.2.2 Zadržovaná smrt – dystanázie	26
2.2.3 Kardiopulmonální resuscitace a příkazy neresuscitovat.....	28
3 Etická dilemata v intenzivní péči při pandemii Covid-19.....	30
3.1 Základní pojmy.....	30
3.2 Onemocnění Covid-19.....	31
3.3 Alokace vzácných zdrojů	32
3.3.1 Modifikace čtyř základních principů lékařské etiky dle alokace vzácných zdrojů.....	32
3.3.1.1 Princip maximalizace užítka dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů	33
3.3.1.2 Férovost	33
3.3.1.3 Podpora těch, kteří pomáhají druhým	33
3.3.1.4 Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře	34
3.3.2 Triáž a prioritizace	34
3.4 Ostatní vybraná etická dilemata související s pandemií COVID-19.....	35
3.4.1 Rizika pro zdravotníky poskytující intenzivní péči	36
3.4.2 Zákaz návštěv a komunikace s rodinou	36
3.4.3 Masmédia	37
Praktická část.....	38
4 Cíle práce.....	38
5 Předpoklady pro výzkum.....	38
6 Metodika výzkumu	40
6.1 Charakteristika sledovaného souboru	41
7 analýza a interpretace výsledků	42
7.1 Obecné informace k interpretaci výsledků	42
7.2 Výsledky získaných dat	43
DISKUZE	92

ZÁVĚR	101
Seznam literatury	102
Seznam příloh	106
Přílohy	107

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů	43
Graf 2: Pohlaví respondentů	44
Graf 3: Délka praxe respondentů v intenzivní péči.....	45
Graf 4: Pracoviště respondentů.....	46
Graf 5: Počty vypomáhajících na jiném oddělení.....	48
Graf 6: Setkávání respondentů s etickými dilematy před vypuknutím pandemie.....	49
Graf 7: Etická dilemata v IP před vypuknutím pandemie v jednotlivých ZZ.....	50
Graf 8: Etická dilemata v intenzivní péči před vypuknutím pandemie	51
Graf 9: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy před vypuknutím pandemie	53
Graf 10: Setkávání respondentů s etickými dilematy po propuknutí pandemie.....	55
Graf 11: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy po propuknutí pandemie	56
Graf 12: Názor respondentů na vznik nových dilemat v intenzivní péči	58
Graf 13: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19 v jednotlivých ZZ	59
Graf 14: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19.....	61
Graf 15: Alokace vzácných zdrojů jako nejvýraznější etické dilema.....	63
Graf 16: Adekvátní péče o přijaté pacienty s COVID-19	65
Graf 17: Kritéria k rozhodování o poskytnutí péče	66
Graf 18: Triáž v rámci alokace vzácných zdrojů jako běžná praxe.....	67
Graf 19: Paliativní péče v období pandemie COVID-19	69
Graf 20: Neetické zacházení s tělem zemřelého během pandemie COVID-19	72
Graf 21: Nedostatek personálních zdrojů během pandemie COVID-19	74
Graf 22: Četnost projevů nedostatku personálu během pandemie COVID-19.....	76
Graf 23: Motivace k péči o pacienty s marnou léčbou	78
Graf 24: Dostatek OOPP na pracovištích během pandemie COVID-19.....	80
Graf 25: Ohrožení zdravotníka versus ohrožení pacienta.....	83
Graf 26: Názor respondentů na problematiku zákazu návštěv během pandemie COVID-19	85
Graf 27: Zkušenosti respondentů se zákazem návštěv během pandemie COVID-19.	87
Graf 28: Míra vnímání vážnosti etických dilemat respondenty	90

Graf 29: Váha etických dilemat po propuknutí pandémie COVID-19	91
---	-----------

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Věk respondentů	43
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	44
Tabulka 3: Délka praxe respondentů	45
Tabulka 4: Pracoviště respondentů	46
Tabulka 5: Počty vypomáhajících na jiném oddělení	47
Tabulka 6: Setkávání respondentů s etickými dilematy před vypuknutím pandemie	49
Tabulka 7: Etická dilemata v IP před vypuknutím pandemie v jednotlivých ZZ	50
Tabulka 8: Etická dilemata v intenzivní péči před vypuknutím pandemie	51
Tabulka 9: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy před vypuknutím pandemie	53
Tabulka 10: Setkávání respondentů s etickými dilematy po propuknutí pandemie...	55
Tabulka 11: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy po propuknutí pandemie	56
Tabulka 12: Názor respondentů na vznik nových dilemat v intenzivní péči	58
Tabulka 13: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19 v jednotlivých ZZ...	59
Tabulka 14: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19	61
Tabulka 15: Alokace vzácných zdrojů jako nejvýraznější etické dilema	63
Tabulka 16: Adekvátní péče o přijaté pacienty s COVID-19	65
Tabulka 17: Kritéria k rozhodování o poskytnutí péče	66
Tabulka 18: Triáž v rámci alokace vzácných zdrojů jako běžná praxe.....	67
Tabulka 19: Paliativní péče v období pandemie COVID-19	69
Tabulka 20: Neetické zacházení s tělem zemřelého během pandemie COVID-19	72
Tabulka 21: Nedostatek personálních zdrojů během pandemie COVID-19	74
Tabulka 22: Četnost projevů nedostatku personálu během pandemie COVID-19	75
Tabulka 23: Motivace k péči o pacienty s marnou léčbou	78
Tabulka 24: Dostatek OOPP na pracovištích během pandemie COVID-19	80
Tabulka 25: Ohrožení zdravotníka versus ohrožení pacienta	83
Tabulka 26: Názor respondentů na problematiku zákazu návštěv během pandemie COVID-19	84
Tabulka 27: Zkušenosti respondentů se zákazem návštěv během pandemie COVID-19	86
Tabulka 28: Míra vnímání vážnosti etických dilemat respondenty	90

Tabulka 29: Váha etických dilemat po propuknutí pandémie COVID-19	91
--	-----------

SEZNAM ZKRATEK

ALS – Advanced Life Support

ARIM – Anesteziologie resuscitace a intenzivní medicína

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

Atd. – a tak dále

COVID-19 – zkratka onemocnění způsobeného virem SARS CoV-2

č. – číslo

DIP – dlouhodobá intenzivní péče

DNAR – Do Not Attempt Resuscitate

DNE – Do Not Escalate

DNI – Do Not Intubate

DNR – Do Not Resuscitate

FN – fakultní nemocnice

IP – intenzivní péče

JIP – jednotka intenzivní péče

KARIM – klinika anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny

KARIM – L – lůžkové oddělení kliniky anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny

KARIM – UP oddělení urgentního příjmu kliniky anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny

KKN – Karlovarská krajská nemocnice

KPR – kardiopulmonální resuscitace

M – JIP – metabolická jednotka intenzivní péče

Např. – například

ODIP – oddělení dlouhodobé intenzivní péče

OOPP – osobní ochranné pracovní prostředky

PNE – JIP – plicní jednotka intenzivní péče

SARS CoV-2 – zkratka názvu nového druhu koronaviru z roku 2019

WHO – World Health Organisation

ÚVOD

Etická dilemata nebývají u studentů oboru Zdravotnický záchranář často voleným námětem k sepsání kvalifikačních prací. Studenti raději volí méně rozsáhlá konkrétnější témata zaobírající se jednotlivými diagnózami, algoritmy a fakty, ale také volí témata, jež jsou jim blízká a během studia jim zvládli dokonale porozumět.

Studium zdravotnického záchranářství je protkáno širokým spektrem předmětů – urgentní medicínou, medicínou katastrof, farmakologií, základy elektrokardiografie, traumatologií, základy intenzivní péče a anesteziologie, chirurgií atd. Etika se samostatně nestuduje.

Avšak v praxi zdravotnického záchranáře hraje etika velmi významnou roli. Etická dilemata nepředstavují překážky pouze pro praktický výkon tohoto povolání, ale dokážou tvořit barikády v osobních životech, kdy negativně působí na psychiku každého zdravotníka.

Podstatu, poslání a závažnost etiky beze zbytku vyobrazila pandemie zapříčiněná šířením nového druhu koronaviru SARS-CoV-2. Vzniklá situace v souvislosti s pandemií mne inspirovala jak k sepsání této kvalifikační práce, tak k uvědomění si, že obtížná etická dilemata jsou doopravdy součástí každodenní praxe zdravotnického personálu.

Mnozí studenti měli po dobu pandemie možnost, formou dobrovolné výpomoci zdravotníkům, nahlédnout do chodu různých oddělení nemocnic, zdravotnické záchranné služby a každý den společně s personálem čelit nelehkým psychicky náročným etickým dilematům, která bylo třeba řešit v omezeném čase a s omezenými prostředky. Sama jsem se chopila šance a pod záštitou dobrovolné výpomoci během pandemie COVID-19 sloužila jako sanitářka na lůžkovém oddělení *Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve FN Plzeň* (dále KARIM – L).

Oddělení KARIM – L představovalo oddělení s péčí o covidpozitivní pacienty nejvyšší úrovně. Všichni nemocní přijímaní na toto oddělení měli být, a také byli (pro závažnost zdravotního stavu), alespoň v pandemické špičce, intubováni nebo ihned intubováni lékaři z oddělení KARIM – L. Pacientům na tomto oddělení byla zajišťována plicní ventilace. Nejvážněji postiženým nemocným, splňujícím kritéria indikace, zde zdravotníci poskytovali terapii pomocí mimotělního oběhu (ECMO).

Kapacita oddělení KARIM – L činí maximálně jedenáct lůžek pro ventilované pacienty, bez ohledu na personální zabezpečení. Během pandemie COVID-19 došlo k vyčerpání veškeré lůžkové kapacity. Před přijetím pacientů na toto oddělení musela proběhnout jejich triáž. Složení pacientů na oddělení KARIM – L v nejpalčivějším období

pandemie COVID-19, jehož délka rozhodně není zanedbatelná, mne nepřestane zarážet. Léčilo se zde až příliš mnoho mladých, téměř zdravých lidí, lidí ve středním věku, lidí s vysokou kvalitou předchozího života i pacientů bez závažných komorbidit. Kolika lidem musela triáž říct „ne“? Na koho už se nedostalo?

Cílem této kvalifikační práce je zmapování etických dilemat intenzivní péče vyvstalých v návaznosti na pandemii onemocnění COVID-19. Tato práce má za úkol vyhledat nejčastěji řešená etická dilemata intenzivní péče před vypuknutím pandemie a po něm. Dále má práce porovnat četnost etických dilemat v intenzivní péči rovněž před a po vypuknutí pandemie. Také zjišťujeme, v jaké míře intenzivní péči zasáhlo dilema alokace vzácných zdrojů. Posledním cílem této práce je zjištění postojů samotných zdravotnických záchranářů ke konkrétním pandemickým etickým dilematům.

Výzkum byl proveden formou dotazování. Respondenty jsme získali na různých odděleních intenzivní péče v těchto čtyřech zdravotnických zařízeních: *Fakultní nemocnice Plzeň, Karlovarská krajská nemocnice, Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice.*

TEORETICKÁ ČÁST

1 ETIKA

Pro vysvětlení toho, co nalézáme pod pojmem bioetiky, je nejprve nutné zabývat se termínem jí nadřazeným. Etika, věda, klasifikovaná mezi disciplíny filozofie, disponuje svojí vlastní výstavbou a svérázným souborem zásad. Nemůžeme tedy striktně tvrdit, že etické počínání je počínání slušné, dobré a že každý z nás pocítuje toto konkrétní počínání jako eticky správné, i když přesně tím se etika zabývá. (Vácha, 2012)

Etika posuzuje jednání, hodnoty či zásady jedince i společnosti, snaží se rozklíčovat, co je mravní, co mravní není a poté zda to, co bylo dle uznávaných mravních hodnot označeno za mravné, lze považovat i za dobré nebo vhodné. (Haškovcová, 2015)

1.1 Bioetika

Bioetiku lze zjednodušeně považovat za jedno z odvětví etického zkoumání, kdy v širším smyslu zkoumáme mravní zákonitosti všeho na zemi živého. Bioetika se neomezuje pouze na problematiku oboru medicíny, jak je v mnohé literatuře naznačováno, zabývá se opravdu společenstvím života všech organismů. Etická dilemata lékařství jsou samozřejmě hlavním předmětem bioetiky, ta mimo ně ale studuje například i morální dilemata životního prostředí nebo vztahu se zvířaty. (Haškovcová, 2015)

1.1.1 Vztah etiky a morálky

Abychom si ještě více přiblížili hierarchii základních pojmů v etice, podívejme se na její vztah s morálkou.

Morálka představuje konkrétní oddíl zásad vyplývajících z lidského počínání, ustanovuje konkrétní mravní dogmata, dle kterých by se daná společnost a jedinci, jimiž jsou dogmata uznávaná, měli chovat, aby jejich chování bylo označeno mravním. Morálku musíme považovat za proměnnou s několika rysy.

Je budována danou společností, proto jednání, jež jedna společnost shledala mravním, nemusí být hodnoceno jako mravné ve společnosti jiné. Morálka je taktéž ovlivněna časovou osou lidského společenství – co bylo mravní včera, nemusí býti mravní dnes. Dobré a zlé, popřípadě morálně vyhovující, jednání můžeme označit v dané společnosti jako standardní, avšak s tímto standardem je možno počítat pouze pro tuto jednu danou konkrétní společnost. Spoléhá-li společnost na to, že její příslušníci budou konat

v souladu s vytýčenými morálními pravidly, jakákoli deviace je poté pokutována. Společnost modeluje morální zásady, zároveň naopak morální zásady modelují společnost. (Kuře, 2012)

Etika, kterou zde popisujeme jako vědní disciplínu, konkrétně disciplínu filozofickou, je výkladem mravnosti. Etika se tudíž zabývá mravností, morálkou, kritikou mravnosti a snaží se z abstraktního pojmu „mravnost“ formovat soustavu uchopitelných poznatků o mravnosti. (Kuře, 2012)

Ve filozofické terminologii je tedy etika nadřazená morálce, ale etikou rozumíme vědu, zatímco morálku vnímáme jako soubor pravidel dané společnosti vedoucích k mravnímu jednání. (Haškovcová, 2015)

1.1.2 Přístupy v bioetice

Šipr (2004) diferencuje v bioetice dvě základní teorie: utilitarismus a deontologii. Vácha (2012) uvádí ve své publikaci vícero elementárních přístupů bioetiky, jejichž popis považuje minimálně za podporující pochopení témat lékařské etiky.

Každý z bioetických přístupů pátrá po ozřejmění toho, jak projít životem a projít jím tak, aby byl hodnotný. Táže se: „*Co mám dělat, abych se v den své smrti mohl klidně ohlédnout za uplynulým životem a říci si, že jsem nežil nadarmo?*“ nebo: „*Jak žít, abych prožil zdařilý život?*“ Rozdílné přístupy k etice přicházejí s rozdílnými názory. (Vácha, 2012) My se zaměříme na ty, jenž vycházejí právě z teorií utilitarismu a deontologie.

1.1.2.1 Utilitarismus

Definování etického přístupu je připisováno dvěma myslitelům: Jeremymu Benthamovi a Johnu Stuartovi Millu. Ti základními motivy stanovují libost a nelibost. Bentham tvrdí, že: „*Příroda umístila lidstvo pod vládu dvou suverénních pánů, jedním je bolest a druhým radost.*“ Navážu citátem druhého z průkopníků utilitarismu – J. S. Milla: „*Činy jsou dobré do té míry, do jaké produkují štěstí; jsou špatné, pokud produkují opak štěstí. Štěstím myslím radost a absenci bolesti, neštěstím míním bolest a nedostatek radosti.*“ Přináší-li čin lidstvu dobro, stává se sám o sobě dobrým, a naopak (Vácha 2019). Utilitarismus je možné pojmut jako součet čtyř tezí – principu následků, užitečnosti, hédonismu a principu sociálního. (Anzenbacher, 2001)

1.1.2.1.1 Princip následků

Jakýkoli čin je v prvopočátku neutrální vůči dobru i zlu. Jeho mravnost nebo nemravnost stanovují důsledky, konsekvence, které vyvolá. Princip konsekvencialistický,

pozměníme-li nyní název principu následků, ukládá nejtěžší břímě následkům našich činů, nikoliv činům samotným. (Volf, 2018)

1.1.2.1.2 Princip užitečnosti

Tento princip lze označit „věcným atributem“ pro jednání a z něj plynoucí konsekvence. Princip stanovuje pravidla, za kterých máme jednání chápat jako dobré, či zlé. Utilitarismus zdůrazňuje výrazný odklon etiky od blaha jednotlivce k blahu skupiny lidí, což přímo souvisí s tímto principem (Volf, 2018). Můžeme si nyní vytvořit pomyslné měřítko užitečnosti a dobroty jednání. V utilitarismu by hlavním hodnotícím kritériem mravnosti jednání byla kvantita, a to hlavně ve smyslu užitečnosti maximálnímu množství osob. Měřítko mravnosti jednání by se řídilo také takzvanou „etickou aritmetikou“, pojmem, který míní, že drobnou bolest jednotlivce snadno převáží výrazné tišení bolesti druhého. (Vácha, 2012)

1.1.2.1.3 Princip hédonismu

Principy následků a užitečnosti stanovily kritéria, podle kterých lze činy (jednání, počínání) soudit a naklápět je ke stranám dobra, či zla. Ani jeden z principů však neurčuje žádnou konkrétní definici dobra, tu se snaží nalézt princip hédonismu. (Vácha, 2012)

Za branami zdravotnického zařízení se zdá být vymezení dobra poněkud jednodušším nežli v běžném životě. V prostředí pomoci nemocným, léčby a péče o nemocné můžeme za dobro považovat úlevu od překážek, jež nemocnému dosud komplikovaly život, a jeho prolongaci. Změna nastává, vyjdeme-li branou zdravotnického zařízení ven, vstříc běžnému životu. Utilitarismus je zde v chápání dobra velice benevolentní. Dává prostor svéráznosti každého jedince, aby ona sama určila, co jest dobré (Vácha, 2012). „*Dobro si každý určuje sám. Spočívá v uspokojování lidských potřeb a zájmů, ve slasti, v (hédonisticky chápaném) štěstí.*“ (Vácha, 2012, s. 30)

1.1.2.1.4 Sociální princip

Sociální princip znovu zdůrazňuje, že morálka a egocentrismus se vylučují. Dobrota jednání by neměla směřovat pouze ku prospěchu našemu, ale hlavně ku prospěchu lidí kolem nás. (Vácha, 2019)

1.1.2.2 Deontologie

Deontologie sleduje mravnost skrze plnění povinností. Mravnost počínání odvisí od povšechně platných morálních povinností, neohlíží se po osobních podnětech a argumentech jednání. Tato metoda selhává ve chvíli, budeme-li se řídit výhradně

a bezpodmínečně jen jí. Pokud za úspěch začneme považovat pouhé vykonání toho, co bychom měli vykonat, bez ohledu na to, s jakými se setkáme následky tohoto konání, poté přirozeně nelze označit naše jednání mravním, i když deontologie by takové jednání mravním označila. (Kuře, 2012)

Za průkopníka deontologického směru považujeme Immanuela Kanta, ten jednání soudí následovně: „*Je morálně dobré, jestliže jeho určujícím důvodem (motivem) je čistá rozumová forma mravního principu jako taková.*“ (Volf, 2018).

Haškovcová (2015) říká, že deontologie je základním kamenem dějin lékařské etiky, své právoplatné místo si v ní zachovává doposud, kdy formou „deontologických kodexů“ určuje zásady a povinnosti ve vztahu zdravotník – pacient. Tradičním zástupcem takového kodexu je Hippokratova přísaha. (Haškovcová, 2015)

1.1.3 Zdravotnická etika

Zdravotnická etika cílí na veškerá dilemata související se zdravím. Nedotýká se pouze jednotlivců, ale řeší zdravotní dilemata v rámci komunit, společenství, obyvatelstev. (Ondriová, 2021) Nejzásadnějším tématem zdravotnické etiky je systém a fungování zdravotnictví, a to ve smyslu péče o pacienty jako takové, její organizace, organizace zdravotnických profesí a jejich povinností. (Haškovcová, 2015; Koval'ová, 2009)

1.1.4 Lékařská etika

Pro lékařskou etiku platí veškeré poznatky o etice samotné a lékařská etika se řídí základními pravidly etiky. Příznačnost lékařské etiky vzniká až v souvislosti s lékařským povoláním a orientací podoboru etiky na prostředí medicíny. (Kuře, 2012)

Kořeny lékařské etiky sahají do období konce let šedesátých, přesněji do roku 1969, ke kterému se datuje zrod lékařské etiky jako samostatného medicínského oboru ve světě. V České republice se zrodu lékařské etiky přisuzuje rok 1991. Medicína zažívá prudký rozvoj, zdokonalují se postupy v oblasti chirurgie, lékařům jsou k dispozici nové, pokročilejší diagnostické techniky a přístroje, poměrně úspěšně léčí diagnózy, jež byly do té doby považovány za nezvratitelné. (Šimek, 2015)

S rozvojem medicíny koreluje rozvoj společenský. Despotická vedení států se stala minulostí, vládní demokracie, jedinec a jeho vlastní svoboda stojí na vrcholu pyramidy hodnot. Umění číst a psát dávno není klimaxem vzdělání běžné populace, dochází k manifestaci dostupnosti informací pro obyčejného smrtelníka. Zvědavost, bádání a neohrožené právo na svůj názor se najednou prolínají všemi obory, vztahy, povinnostmi, vztah lékaře a pacienta nevyjímaje. Bezmezná víra v lékaře se hroutí pod tíhou

informovanosti široké veřejnosti. Otevírá se tudíž soubor nově vyvstalých otázek: „*Dokážou všichni lékaři sledovat tento rychlý rozvoj? Nepoškozují někteří lékaři své pacienty tím, že kvůli nedostatečnému zájmu o novinky v medicíně používají již zastaralé metody? Neupřednostňují někteří lékaři ekonomické stránky medicíny před potřebami nemocných?*“ Všechny tyto okolnosti a nejasnosti vedly k nutnosti vzniku oboru lékařské etiky. (Šimek, 2015)

1.1.5 Ošetrovatelská etika

Ošetrovatelská etika stojí na stejném základu jako etika lékařská, čerpá z všeobecných etických zákonitostí. Vymezení této aplikované etiky spočívá v orientaci na ošetrovatelskou praxi. Uceluje poznatky o tom, jak ošetrovatelskou praxi správně a mravně vykonávat. Zabývá se nejenom vztahem sestry – pacient, ale i vztahy sestry ke všem ostatním pracovníkům ve zdravotnictví, ať už jsou to nadřízení, či naopak. (Ondriová, 2021)

1.2 Principy v lékařské etice

Za pilíře lékařské etiky považujeme čtyři základní roviny/principy identifikované roku 1979. Jsou to principy beneficence, nonmaleficence, autonomie a spravedlnosti. Každá rovina lékařské etiky je navržena tak, abychom ji mohli aplikovat na jakoukoli společnost s jakýmkoli hodnotami a zásadami pro mravní jednání (Vácha, 2012). Roviny lékařské etiky tudíž zastupují ucelený a globální manuál, o který se mohou lékaři a zdravotníci opřít v případě potřeby diskutování nějakého etického dilematu nebo problému (Ondriová, 2021).

Globálnost, otevřenost a nekonkrétnost rovin je ale mnohdy odsuzována za svůj odstup, který zaujímá vůči reálné atmosféře a podmínkám, ve kterých rozhodování o dilematech probíhá (Ondriová, 2021).

S touto obtíží se snaží vypořádat publikace Alberta R. Jonsena *Clinical Ethics*, ta základní pilíře lékařské etiky zasazuje do konkrétních klinických situací. Modifikuje principy a sestavuje ucelený systém sběru dat vedoucích k finálnímu rozhodnutí ohledně etického dilematu nebo problému v péči o pacienta. Se sběrem dat vzhledem k etickému dilematu Jonsen pracuje podobně jako s klasickým odběrem anamnézy pro následné určení diagnózy a zahájení indikované léčby. (Jonsen, 2019)

Nyní použijeme příklad jednoduchého klinického případu jako paradigma pro zobrazení funkčnosti čtyřech rovin a jejich existenci v praxi: Představme si pacienta, kterého trápí celková únava, zimnice, horečka, intenzivní bolest v krku, potíže s polykáním a mluvou. Lékař takového pacienta klinicky vyšetří, dle dalších příznaků vysloví podezření na angínu. Pacientovi je následně proveden test CRP k potvrzení bakteriální infekce a jsou mu

předepsána antibiotika. Antibiotika pacient užívá požadovanou dobu, nemoc ustupuje, léčba je úspěšná. Principy beneficence, nonmaleficence, autonomie i spravedlnosti v příkladovém klinickém případě dosáhly vytyčených cílů, nebyly narušeny a nedošlo ke vzájemné kolizi dvou nebo více principů. Lze s jistotou konstatovat, že z hlediska lékařské etiky byl postup pomoci a léčby bezúhonný. Vše by se změnilo například pokud by pacient odmítl léčbu antibiotiky, nacházel by se v ireverzibilním stádiu jiné diagnózy, nebo by předepsaná léčba kladla vysoké nároky na finanční zabezpečení pacienta a pacient by na ni nedosáhl. (Jonsen, 2019)

V této kvalifikační práci používáme modifikaci a rozdělení etických principů dle publikace Jonsena – *Klinická etika*. Ten uvádí společně princip beneficence a nonmaleficence. Druhou rovinou je pro něj princip respektu k autonomii. Ve třetí rovině všechny tyto principy slučuje a tvoří rovinu principů beneficence, nonmaleficence a respektu k autonomii. Jako poslední rovinu uvádí princip spravedlnosti a rovnosti. Každému z vyjmenovaných principů přisuzuje název odkazující na jeho význam v klinické praxi a pro každý princip stanovuje velmi konkrétní soubor otázek, jež by měl zodpovídat. (Jonsen, 2019)

1.2.1 Princip beneficence a nonmaleficence

Po konkretizaci a úvodu do praxe smíme principu beneficence a nonmaleficence přisoudit nový, nebo spíše druhý název *Rovina lékařské indikace*. Předmětem šetření této roviny jsou lékařské indikace a důkazy o tom, že jsou správné a přinášejí pacientům úlevu nebo benefit. (Jonsen, 2019)

V předchozím výše uvedeném klinickém případě s angínou bychom se v rámci této roviny zabývali tím, zda lékař předepsal adekvátní léčbu na podkladě příznaků pacientova onemocnění a zda léčba vedla k uzdravení nebo zlepšení dosavadní kvality života léčeného. (Jonsen, 2019)

Zásady principů beneficence a nonmaleficence jsou ukotveny již v Hippokratově přísaze, úlohou lékaře je léčit, nikoliv škodit. Pro řešení pacientova onemocnění musí být využito všech dostupných prostředků vedoucích k úlevě a zlepšení jeho momentálního zdravotního stavu, o to žádá princip beneficence – dobročinnosti. Beneficenci doplňuje tzv. princip nonmaleficence – neškození, který vylučuje použití postupu a metod, jež by vedly k významným rizikům pro pacienta, nebo dokonce k jeho poškození. (Jonsen, 2019)

Jak bylo již zmíněno, Jonsen (2019) dále přikládá každé rovině lékařské etiky soubor témat, která mají ještě více ozřejmit úlohu dané roviny v klinické praxi a ukázat konkrétní

otázky, jimiž se rovina zabývá, pro rovinu lékařské indikace volí tyto následující témata a otázky: „*Jaký je pacientův medicínský problém? Je to problém akutní, chronický, kritický, reverzibilní, emergentní nebo terminální? Jaké jsou cíle léčby? Za jakých okolností není zamýšlená léčba indikovaná? Jaké jsou pravděpodobnosti úspěchu jednotlivých variant postupu? Jak celkově můžeme zabránit poškození pacienta?*“ (Jonsen, 2019, s. 15)

1.2.2 Princip autonomie

Než tento poměrně komplikovaný etický princip zasadíme do praxe, podobně jako princip beneficence a nonmaleficence, budeme se věnovat jeho původnímu abstraktnějšímu pojetí a výkladu.

Etika, konkrétně Immanuel Kant, na autonomii pohlíží jako na umění jednotlivce vytvořit etický kodex sám sobě pomocí vlastních postojů, názorů, hodnot a informací, které považuje za klíčové pro své jednání vůči společnosti, a zároveň očekává, že společností bude respektován. Člověk existuje jako svobodná rozumná osobnost s vlastním přesvědčením. (Ondriová, 2021)

Autonomie neboli svébytnost v lékařské etice obhájí a zdůrazňuje význam svobodného rozhodování nemocného jakožto lidské bytosti, která je nezávislá a má právo určit, jak bude nakládáno s jejím životem. Podkladem ke správnému rozhodování by nemocnému měla být vysoká znalost všech lékařských i ošetrovatelských postupů, jež souvisí s plánovanou léčbou. Pouhé seznámení s léčebnými možnostmi a postupy nemusí pro nemocného nutně znamenat dokonalou znalost a přípravu pro vyslovení rozhodnutí. Povinností každého člena zdravotnického týmu není pouze srozumitelně pacientovi vysvětlit, jaké pro něj existují eventuality v léčbě, z čeho který lékařský postup sestává a jak s ním samotným bude nakládáno, za mnohem důležitější aspekt informování považujeme ověření, zda nemocný dokázal všemu porozumět. Teprve poté lze nemocnému předložit informovaný souhlas. (Ondriová, 2021)

V intenzivní péči v těchto případech dochází často ke kolizi. Mnoho pacientů se potýká s diagnózami, jež je natolik mentálně nebo fyzicky ovlivňují nebo jsou léčeni momentálně indisponováni natolik, že nejsou schopni jednat sami za sebe, a rozhodnout tak dle vlastního přesvědčení. Přestože je u těchto pacientů potlačena svébytnost, neměli bychom zapomínat na to, že všichni jsme si rovni a každému byla darována stejná míra důstojnosti. (Bilasová, 2008)

Nyní přecházíme k praxi a opět k Jonsenově Klinické etice, Klinická etika, ten stanovuje v návaznosti na princip autonomie pacienta rovina *Preferencí pacienta*.

Vyzdvihuje v ní vztah lékař – pacient. Nepopírá autonomii a právo pacienta rozhodnout o svém životě a léčbě, ale přísně zdůrazňuje, že svébytnost nemá být chápána tak, že jejími důsledky by se stávalo vymáhání neúčinné, nesprávné nebo neindikované léčby, a pro lékaře nutnost toto vymáhání respektovat. Autonomie musí být respektována oběma stranami, lékař – pacient, pacient – lékař. (Jonsen, 2019)

Vrátíme se ke klinickému případu pacienta s angínou uvedenému v úvodu kapitoly 1.2 *Principy v lékařské etice*. Princip autonomie zde perfektně zafungoval – lékař vzal v úvahu preference pacienta a pacient souhlasil s navrženou léčbou antibiotiky. (Jonsen, 2019)

Pro úplnost citujeme sestavený soubor praktických otázek k principu autonomie a preferencím pacienta: „*Jak byl pacient informován o benefitu a rizicích diagnostických a terapeutických opatření – pochopil tyto informace a souhlasil s nimi? Je pacient duševně způsobilý a je právně kompetentní, nebo je zde nějaký důkaz neschopnosti dát souhlas? Pokud je tento pacient duševně schopen, jaké preference vyjadřuje? Pokud pacient kompetentní není, vyjádřil svoje preference někdy dříve? Kdo je oprávněn za pacienta rozhodovat, pokud pacient není schopen činit svá rozhodnutí? Podle jakých standardů se zástupné rozhodování řídí? Nechce pacient spolupracovat nebo nemůže? Proč?*“ (Jonsen, 2019 s.15)

1.2.3 Princip beneficence, nonmaleficence a respektu k autonomii

Principy beneficence, nonmaleficence a princip respektu k autonomii jsme samostatně rozebrali v předchozích kapitolách. V následujících odstavcích se budeme věnovat *principu beneficence jako uspokojení a rovině kvality života* jakožto fúze třech sloučených principů – beneficence, nonmaleficence a respektu k autonomii. (Jonsen, 2019)

Za beneficenci jsme doposud považovali volbu léčby nebo pomoci pacientovi prospěšné, přinášející zlepšení zdravotního stavu. Beneficence může přeneseně znamenat také naplnění, vzkvétání nebo prosperitu, což jsou dle množství filozofických myslitelů základní a podstatné elementy tohoto principu související s uspokojením a pocitem blaha. (Jonsen, 2019)

Ve volbě péče a léčby nedbáme pouze na pragmatické výhody a zlepšení formou ustálení hodnot základních životních funkcí, správné respirační mechaniky, stabilizace krevního oběhu pacienta a úspěšné profylaxe dekubitů, dbáme také na subjektivní pocity a vnímání pacientova stavu jím samotným. Kvalitou života nehodnotíme osiřele vyjmenované hodnoty, nýbrž hodnotíme i pocity, ladění, komfort a uspokojení pacienta,

jeho psychickou a fyzickou kondici. Výsledná soustava hodnot vedoucí k rozřešení etického dilematu tak musí souznít nejen s principem beneficence jako pomoci (s předepsáním léčiva, jež deaktivuje původce infekce, chirurgickým zákrokem vedoucím k odstranění problému a ostatními lékařskými indikacemi), musí souznít taktéž s principem autonomie pacienta, kdy lékař respektuje pacientovy výsady. V neposlední řadě za nezbytné uznáváme souznění soustavy hodnot pro řešení etických dilemat se spokojeností, vzkvétáním a prosperitou pacienta – etickým principem beneficence jako uspokojením. (Jonsen, 2019)

Znovu zkusíme prezentovat roli roviny kvality života v praxi pomocí klinického případu s angínou, role je velice zřejmá. Pacientovi byla předepsána antibiotika, a v kvalitě života došlo ke zlepšení. Soubor sestavených praktických otázek k rovině následuje: *„Jaké vyhlídky k návratu k normálnímu životu má pacient s léčbou a bez léčby a jaká fyzická, psychická a sociální deficitní vzniknou pacientovi, i když bude léčba úspěšná? Na základě jakých východisek lze považovat kvalitu života za nedostatečnou u pacienta, který si nemůže vytvořit nebo vyjádřit svůj názor? Jaké předsudky v hodnocení kvality života může mít poskytovatel péče?“* (Jonsen, 2019, s. 15)

1.2.4 Princip spravedlnosti a rovnosti

Princip spravedlnosti a rovnosti neboli princip justice pojednává především o rovnosti nás všech a promítá ji do přerozdělování zdravotnických, léčebných prostředků a možností. Princip justice míní, že každý člověk by měl obdržet stejnou zdravotní péči nebo by měla být přinejmenším přerozdělována spravedlivě. (Bužgová, 2013)

Absolutní rovnosti lze docílit pouze v ideálních podmínkách, takové podmínky považujeme za utopické, protože i v dnešní době jsou možnosti medicíny limitovány mnoha faktory – nedostatek personálu, nedostatek odborníků pro specifickou léčbu, finanční limity, nedostatek vybavení, vše zmíněné a nespočet dalšího blokuje dostupnost stejné péče pro každou osobu. (Jonsen, 2019)

Efektivitu a spravedlnost rozdělování léčebných prostředků zaručuje právě etický princip spravedlnosti. Odděluje dva moduly, dle kterých lze rozdělení – alokaci řídit. Ocitneme-li se v situaci s nedostatkem zdrojů pro poskytování léčby a péče, uvažujme o jejich alokaci na základě komparace potřeb pacientů jednotlivě nebo vytvořme funkční algoritmus pro přidělování nedostatkových – vzácných zdrojů bez nutnosti porovnávání potřeb pacientů. Oba moduly alokace disponují společným cílem, nárokují přerozdělování zdravotní péče bez toho, aby braly na zřetel stáří, etnikum, státní příslušnost,

rasu či náboženské vyznání léčeného. Při alokaci nesmí docházet k diskriminaci. (Baker, 2005)

Pro praxi Jonson v Klinické etice vymezuje *rovinu kontextuálních charakteristik*. Upozorňuje na to, že peněžní prostředky, současná situace ve zdravotnictví, dostupnost péče, náboženské vyznání, přání rodiny, odborníci, právní zabezpečení nebo ekonomická situace přímo souvisí s rozhodnutím lékaře a metodami léčby. Preference pacienta a lékařské indikace přímo odvisí od prostředí a podmínek, ve kterých se etické rozhodování a rozhodování o procesu léčby odehrává. (Jonsen, 2019)

Nyní naposledy použijeme úvodní klinický případ s angínou a ukotvíme rovinu spravedlnosti v praxi: U pacienta s angínou došlo k úspěšnému vyléčení a zotavení i proto, že předepsané farmakum bylo k dispozici, neexistovala proto žádná finanční bariéra, zdravotní pojišťovna uhradila péči, nevznikla žádná překážka stran rodiny, zdravotnického zařízení ani organizace.

I pro tuto rovinu existuje soustava témat, jimiž je třeba se v praxi zabývat: „*Jaké jsou profesní, meziprofesní nebo obchodní zájmy, které mohou vytvořit konflikty zájmů při léčbě pacienta? Existují další strany kromě lékaře a pacienta, jako například rodinní příslušníci, kteří mají v souvislosti s klinickým rozhodnutím nějaký zájem? Jaké limity zachování mlčenlivosti kladou oprávněné zájmy třetích stran? Jaké finanční faktory mohou vytvořit konflikt zájmů? Které problémy alokací zdrojů mohou ovlivnit klinické rozhodnutí? Jaké náboženské souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?*“ (Jonsen 2019, s. 15)

2 INTENZIVNÍ PÉČE A JEJÍ ETICKÁ DILEMATA

Intenzivní péče je multidisciplinární medicínské odvětví, zabývá se péčí a léčbou pacientů v kritických stavech. Kritickým stavem rozumíme stav, kdy jsou významně ohroženy pacientovy základní životní funkce (dýchání, vědomí, oběh apod.), nebo kdy již dokonce k selhání některé či některých ze základních životních funkcí došlo. (Maláska, 2020)

Intenzivní péče se stará o nemocné, léčí a monitoruje pacienty s pravděpodobně odvrátitelnými komplikacemi, onemocněními a poraněními ohrožujícími jejich život. Pacientům v kritických stavech zajišťuje intenzivní péče speciální přístup a ošetrovatelskou péči, jež jsou mnohem komplikovanější, náročnější a důkladnější než na standardních odděleních nemocnic a nelze je na těchto standardních odděleních poskytnout. (Ševčík, 2014)

Poskytovatele intenzivní péče představují oddělení ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení) a JIP (jednotka intenzivní péče). Oddělení ARO a JIP primárně slouží k překlenutí nejkritičtějších momentů při selhávání životních funkcí pacientů a k řešení akutních stavů přímo ohrožujících život. Pro pacienty vyžadující po překlenutí kritického stavu dlouhodobější intenzivní péči nebo dlouhodobou podporu životních funkcí jsou zřizována oddělení typu DIOP (dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče) a ODIP (oddělení dlouhodobé intenzivní péče). (Ptáček, 2011)

2.1 Cíle a limity medicíny

Tradičními cíli medicíny jsou stanoveny následující skutečnosti:

- *„Prevence chorob a poranění, podpora a udržování zdraví.*
- *Úleva od bolesti a strádání způsobených neuhy.*
- *Péče o nemocné a jejich uzdravování; péče o ty, kdo nemohou být uzdraveni.*
- *Odvracení předčasné smrti a zajištění klidného umírání“*

(MEDICÍNSKÁ ETIKA & BIOETIKA, 1997, s. 4)

Cíle medicíny byly stanoveny proto, aby nedocházelo k jejímu zneužívání. Jsou zaměřeny na profit a blaho nemocného a blaho kolektivního zdraví. Dnes, vlivem obrovského rozvoje zdravotnictví, technického zabezpečení ve zdravotnictví, léčebných

možností a výzkumu, vyvstávají závažná etická dilemata navazující na každý z těchto cílů medicíny. (MEDICÍNSKÁ ETIKA & BIOETIKA, 1997)

Technické vybavení lékařských pracovišť, především pracovišť intenzivní péče, umožňuje zajištění selhávajících životních funkcí nemocného a jejich podporu. Úroveň technického vybavení šplhá tak vysoko, že dokážeme pomocí přístrojů bezpečně oddálit smrt a udržet v chodu organismus, který by dříve dávno zanikl. Kde se nachází hranice mezi zdržováním smrti a záchranou života, když záchranu a prodloužení života považujeme za jeden z cílů medicíny? (Maláska, 2020)

Medicína bere za cíl také podporu a udržování zdraví. Existuje ale hranice, kdy onemocnění či zdravotní komplikaci máme přijmout jako fakt, jako něco neodvratitelného, proti čemu bychom v naší situaci neměli bojovat, a kdy ne? Může se takovou hranicí stát věk třeba sta let? Máme udržovat a podporovat zdraví novorozence o hmotnosti 400 gramů? Měl by se obsah pojmu „zdraví“ měnit v závislosti na životních etapách člověka? Pokud genetický výzkum určí, že v relativně mladém věku onemocním závažnou dědičnou neurodegenerativní chorobou, co to pro mne bude znamenat, jak se mám zachovat, jak se má zachovat mé okolí? (MEDICÍNSKÁ ETIKA & BIOETIKA, 1997)

Pokud medicína cílí na úlevu od bolesti, úlevu od strádání a utrpení, jak se má medicína zachovat v situaci, kdy dostupnými prostředky nelze pacientovu utrpení zcela zabránit, kdy je i přes všechny léčebné metody pacientova bolest stále nepřijatelná, a je mu tak bariérou k navrácení do standardního kvalitního života? Má být pro tyto a podobné případy zavedena eutanázie nebo asistovaná sebevražda rukou lékaře? Do jaké míry za rozhodnutí o eutanázii nese zodpovědnost lékař? (MEDICÍNSKÁ ETIKA & BIOETIKA, 1997)

V dnešních dnech medicína oplývá vynikajícím technickým vybavením, zázemím, organizací, léčebnými postupy, byl popsán nespočet diagnóz společně s jejich léčbou. Intenzivní péče zvládá odvrátit smrt, zvládá podpořit nebo nahradit základní životní funkce nemocného, ale přes veškerý pokrok a dostupný „materiál“ k léčbě nemocných není moc medicíny bezmezná. Limituje ji život, který je v průběhu času konečný a smrti se nedá zabránit. Medicína limituje sama sebe. Stále existují stavy, poranění, onemocnění, se kterými se i přes množství prostředků vypořádat nedokáže. Je limitována také ekonomickými aspekty, finančním a vládním zajištěním státu, systémy zdravotního pojištění atd. (MEDICÍNSKÁ ETIKA & BIOETIKA, 1997)

2.2 Vybraná etická dilemata v intenzivní péči

Intenzivní péče se zaslouhuje o překlenutí kritických stavů pacientů, ať už je jejich příčina jakákoli. Intenzivní péče je velice komplexní, zasahuje, z pohledu medicíny, do mnoha lékařských oborů. Život zachraňující úkony bývají velmi invazivní, prognóza pacientů bývá často vratká a léčba kritických stavů mnohdy vynucuje zlomová rozhodnutí o rozsahu poskytované léčby v závislosti na předpokládané kvalitě života. Na druhé straně, z pohledu nemocného, invazivita léčebných postupů a terapie v intenzivní péči významně narušuje integritu osobnosti. Zpravidla upírá možnost rozhodování o sobě samém a klade vysoké nároky na pacientovo blízké okolí, především na pacientovu rodinu. Poskytování intenzivní péče kriticky nemocným vyžaduje důslednou kooperaci nejen lékařů, konziliářů a zdravotnického personálu, ale vyžaduje také kooperaci rodiny a blízkých nemocného. (Ptáček, 2011)

Kvůli tomu se etickým dilematům oprávněně v intenzivní péči dostává obrovský prostor. Etická dilemata v intenzivní péči se prolínají informováním rodiny o pacientově zdravotním stavu a postupu léčby. Rodina se také často podílí na samotném rozhodování o dilematech. Dále se etické otázky týkají tišení bolesti, úvah o následné kvalitě života, úvah o úrovni poskytované léčby, týkají se také kategorizací pacienta v intenzivní péči. Etická dilemata hojně nacházíme také v transplantační medicíně, jež je neodmyslitelnou součástí intenzivní péče. Etickým dilematem v intenzivní péči může být pro záchrannou medicínu prakticky neexistující informovaný souhlas. Etika paliativní péče a etika terminálních stádií onemocnění jsou taktéž nedílnou součástí intenzivní péče. (Ptáček, 2011)

2.2.1 Marná léčba

Marnou léčbou označujeme léčbu, která neposkytuje pacientovi benefit, její účinnost je zanedbatelná, stav nemocného se i přes poskytování plné léčby nezlepšuje, a intenzivní léčba je natolik medicínsky neadekvátní, že vede lékaře ke shodě při rozhodnutí o jejím ukončení. V takovém případě lékaři léčbu ukončí i přes případný nesouhlas pacienta nebo přes nesouhlas osob o pacientovi zástupně rozhodujících. Posléze lékaři indikují buď další nerozšiřování léčby, nebo vysazení léčby. (Bartůněk, 2016)

V nerozšiřování léčby (withholding therapy) rozlišujeme dva druhy nerozšíření – primární a sekundární. O primárně nerozšířené léčbě mluvíme v případě, kdy nedochází k zahájení intenzivní léčby u terminálně nemocného, u kterého došlo ke zhoršení stavu v souvislosti s jeho nezvratnou diagnózou. Sekundárně nerozšiřujeme léčbu v případě,

vyhodnotíme-li aktuálně poskytované intenzivní kurativní postupy jako marné, a označíme tak pacientův stav za nezvratný. Sekundární nerozšiřování zahrnuje pravidla DNR (do not resuscitate), DNI (do not intubate), DNE (do not escalate) nebo DNAR (do not attempt resuscitate). Také bychom neměli navyšovat dávky inotropik a ostatních léků podporujících stabilizaci krevního oběhu. Všechna zmíněná pravidla brání eskalaci již zahájené orgánové podpory. (Sláma, 2020)

Vysazení léčby (withdrawing therapy) spočívá v odeprání podpory orgánů, vynechání části farmak a léčebných metod, které považujeme za nadbytečné pro daný stav. Hovoříme zde pouze o vysazení intenzivní léčby, nejedná se o ukončení léčby veškeré. Nemocnému by dále měla být poskytována léčba zajišťující mírnění bolesti, strachu, psychické nepohody, léčba zabraňující dechové tísní, léčba, která nemocnému zabezpečí komfort a důstojné momenty v závěru života. (Bartůněk, 2016)

Marnou léčbou navozená etická dilemata často pramení z rozporů mezi lékaři a rodinami pacientů. Stanovisku lékařů o tom, že intenzivní léčba nemá pro daného pacienta žádný přínos, se pochopitelně nedostávalo pochopení stran pacientovy rodiny, která si proto přála v intenzivní léčbě pokračovat i přes varování a informování lékaři, že ve stavu jejich blízkého pravděpodobně nelze očekávat žádné zlepšení. (Sláma, 2009)

Ukazuje se, jak velmi je náročné, v souladu s etikou, vymezit, kdy jsou léčebné postupy marné, není-li pacient schopen rozhodovat sám za sebe. Co jeden člověk shledá marným, nemusí za marné považovat druhý. Dále je náročné určit, kdo má největší právo rozhodnout o osudu pacienta – jeho rodina, jím předem určený zástupce nebo lékař? Podklady pro rozdílné názory v rozhodování o léčbě vidíme v náboženských vyznáních, v rozdílných kulturách, navíc legislativa se v tomto směru také liší napříč různými státy. V některých zemích, např. v Anglii, Belgii, Dánsku, Německu, Rakousku či Španělsku přisuzují přímou účast v rozhodování rodině. Ve Francii s rodinou rozhodování lékař diskutuje a rodině předává značný podíl při volbě léčby. Česká republika rozhodování o léčbě u indisponovaných pacientů implikuje mezi kompetence lékaře, jeho povinností je rodinu informovat a řádně ji provést všemi aspekty procesu rozhodování a všemi aspekty konečného rozhodnutí. (Ptáček, 2011)

Aby v zemích, které dávají prostor rodinám pacientů v rozhodování o léčbě terminálních stavů nedocházelo k neuváženým a neadekvátním rozhodnutím na základně odborné nekompetentnosti a emoční zátěže rodin, řídí se spolupráce rodin s lékaři zvláštními pravidly a zákony, které rozhodování striktně regulují, chrání lékaře a jejich rozhodování lege artis. (Ptáček, 2011)

Rozhoduje-li lékař, tak vždy v souladu se svou odborností, zákony a vlastním skálopevným přesvědčením, že postup léčby volí ve prospěch pacienta a že je jeho volba podložena explicitními důkazy. Stanovení marné léčby bývá pro lékaře velice náročné, s výrokem o marnosti léčby dopadá na lékaře obrovská zodpovědnost za zásadní rozhodnutí v konečné fázi života pacienta. (Ptáček, 2011)

V intenzivní péči často dochází k pokračování v marné léčbě i přes existenci podnětů, dle kterých lze konstatovat, že léčba opravdu nepřináší úlevu. *„Někdy trvají na neúčinné léčbě lékaři nebo jiní členové zdravotnického týmu, protože se neumějí vzdát. Důvody možná spočívají v citových vazbách, které se vytváří mezi zoufale nemocným pacientem a oddaným pečovatelem, nebo ve špatně pochopených názorech na etické nebo právní závazky. Možná lékař již několikrát pacienta zachránil z náruče smrti a má pocit, že vzdát se nyní by znamenalo, že předchozí práce byla zbytečná, anebo členové zdravotnického týmu považují smrt za osobní selhání.* (Ptáček, 2014, s. 69)

Hranici, kdy je plná terapie neúčinná, a mění se tedy v marnou léčbu, určíme stěží, neboť stanovení těchto hranic ukládá obrovskou míru odpovědnosti celému zdravotnickému týmu, a především lékaři. Nikde není stanoveno, jak malou míru léčebného úspěchu lze označit za „dostatečně minimální“ a zanedbatelnou k vyhodnocení léčby jako marné. Setkáváme se s tím, že se pod tíhou odpovědnosti s rozhodnutím o modifikaci léčby vyčkává zdravotník do chvíle, kdy už můžeme mluvit o „absolutní jistotě“, že pacient zemře, ať už s léčbou či bez. Otázkou zůstává, zda vůbec lze absolutní jistoty dosáhnout. (Ptáček, 2014)

Pokud léčba nemocnému nepřináší kýžený benefit, dostává se do rozporu ze základními principy lékařské etiky, principy beneficence a nonmaleficence, a to z toho důvodu, že léčebné metody a výkony v intenzivní péči jsou většinou vysoce invazivní, náročné pro organismus a přinášejí pacientům v terminálních stádiích další zbytečnou bolest, strádání a diskomfort. (Ptáček, 2014)

2.2.2 Zadržovaná smrt – dystanázie

Téma *dystanázie* plynule navazuje na otázku marné léčby a úzce s ní souvisí. Pokud zdravotnický tým nedospěje ke konsenzu, neoznačí léčbu jako marnou a pokračuje v plné léčbě i přesto, že léčba pro pacienta nemá žádný kurativní efekt, dostává se pacient do fáze takzvané „dystanázie“ neboli „zadržované smrti“. Dystanázie označuje iatrogenní prodlužování umírání, kdy pacienta léčíme a užíváme veškerých dostupných postupů ve snaze zvrátit jeho ireverzibilní stav. Nedokážeme se smířit s tím, že pacientova smrt je

nevyhnutelná a my mu svými intervencemi bráníme v klidném a důstojném umírání a poškozujeme jeho autonomii. (Haškovcová, 2007)

Nad tématem dystanázie vyvstává otázka: Jak můžeme dystanázii předcházet? Jednou z možností, která podporuje důstojné umírání a odmítá dystanázii, je koncept marné léčby – přechod k léčbě paliativní. Problematika marné léčby a obtížnosti učinit zásadní rozhodnutí v upuštění od léčby plné je rozebírána v předešlé kapitole. (Vácha, 2012)

Další možnost, jak lze předcházet prodlužování umírání, reprezentuje *eutanázie*. Eutanázií myslíme předčasné ukončení života lékařem na pacientovu žádost. Abychom mluvili o eutanázii, je nutné, aby byla splněna podmínka úmyslu zabít pacienta. Eutanázii dokážeme provést dvěma způsoby – pasivním a aktivním. Eutanázii považujeme za aktivní, pokud provedeme konkrétní čin, např. podáme farmaka, jež pacienta usmrtí. Pasivní eutanázie stojí na principu nečinění. Pacientův stav se zhorší nebo se předpokládá, že bez léčby dojde k jeho zhoršení a následně k pacientově smrti, ale lékař nepodniká žádný krok, aby smrti zabránil. Krom rozlišování mezi eutanázií aktivní a pasivní rozlišujeme také mezi *nonvoluntární eutanázií* (od pacienta nelze získat žádost o usmrcení, lze ji pouze předpokládat) a *involuntární eutanázií* (s pacientem žádost vůbec nediskutujeme) (Vácha, 2012). V České republice eutanázie nedostává žádný prostor, je trestná ve všech formách. O eutanázii se nejedná, pokud nemocný odmítne lékařskou péči s úmyslem zemřít, takové rozhodnutí musí lékař akceptovat a léčbu na žádost neposkytnout. (Bartůněk, 2016)

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, ve znění pozdějších předpisů, od 1. 4. 2012 nabízí všem obyvatelům České republiky možnost vyjádřit se a vyslovit přání o svém konci života. Každý občan může stanovit i cíle a úroveň případné léčby. Hovoříme o tzv. *dříve vysloveném přání*. Dříve vyslovené přání se však prakticky nevyužívá, kvůli své nedohledatelnosti zejména v krizových situacích. V prostředí přednemocniční péče je prakticky nemožné dozvědět se o pacientově takto dříve projevené vůli. Lékař není povinen řídit se dříve vysloveným přáním, pokud se o něm dozvěděl s prodlevou a mezitím léčbu zahájil. Situace pojící se k dříve vysloveným přáním vedou k četným etickým otázkám. Máme se řídit předem vysloveným přáním, je-li v rozporu s názory pacientovy rodiny a názory pacientových nejbližších a sám nemocný v přítomném okamžiku není schopen o sobě rozhodnout? Jak by se pacient rozhodl nyní, v ohrožení života? Vyžadoval by i v této situaci jednání zdravotníků řídicí se předem vysloveným přáním? (Haškovcová, 2014)

2.2.3 Kardiopulmonální resuscitace a příkazy neresuscitovat

Kardiopulmonální resuscitací (KPR) rozumíme souslednost postupů vedoucích ideálně k obnovení cirkulace krve a k obnovení funkce respiračního systému, došlo-li k náhle vzniklé kardiopulmonální zástavě oběhu. Úspěšnou resuscitaci nelze v žádném případě pokaždé považovat za úspěšně zachráněný život, resuscitace je pouze důležitým vstupním krokem pro záchranu života a měla by být indikována na základě pravděpodobnosti úspěchu a po uvážení, zda postupy kardiopulmonální resuscitace a jejich následný výstup přinesou resuscitovanému člověku benefit, či naopak povedou k životu minimální kvality nebo k dystanázii. (Jonsen, 2019)

Zdravotnická zařízení mají vypracovaná doporučení pro KPR, ta by měla vycházet z obecně platných guidelines, doporučení, vydávaných organizací European Resuscitation Council (pro Evropu). Kardiopulmonální resuscitace je život zachraňující úkon, tudíž se pacientovi se zástavou oběhu poskytuje bez předchozího souhlasu. Její případné neposkytnutí odůvodnění vyžaduje. Pacienty, u kterých KPR indikovaná není, kategorizujeme pod příkaz DNR. Zařazení pacienta do kategorie DNR by mělo následovat dvěma úvahám – pokud nelze postupy KPR obnovit fyziologickou funkci, není KPR indikována, jelikož by se jednalo o marnou léčbu. Druhá úvaha zahrnuje pacientův postoj nebo postoj pacientovy rodiny k nezahájení KPR. (Jonsen, 2019)

Doporučené postupy (guidelines) European Resuscitation Council, jejich nejnovějším zněním z roku 2021, vymezují situace, kdy resuscitaci nemáme nezahajovat nebo kdy bychom měli resuscitaci ukončit. Jasnými kritérii k nezahájení nebo ukončení resuscitace stanovuje:

- *„Není-li možné dostatečně zajistit bezpečnost záchránce*
- *Přítomnost poranění zjevně neslučitelných se životem nebo přítomnost jistých známek smrti*
- *Objeví-li se kdykoliv během resuscitace platné dříve vyslovené přání o neprovádění KPR. “*

(Truhlář, 2021, s. 65)

Ostatními kritérii, která ovlivňují rozhodnutí o ukončení nebo nezahájení resuscitace, je asystolie trvající déle než 20 minut za rozšířené resuscitace a reverzibilní příčiny zástavy oběhu jsou vyloučeny, zástava beze svědků se vstupně nedefibrilovatelným rytmem, kde nepředpokládáme, že KPR přinese pacientovi benefit, ba pacienta dokonce pouze poškodí. Pokud je pacient polymorbidní, má závažnou komorbiditu, kvůli které je kvalita jeho života

nížká, resuscitaci taktéž nezahajujeme. Za poslední pomocné kritérium k nezahajování KPR považujeme nález silných důkazů, které poukazují na to, že si pacient nepřeje být kříšen. (Truhlář, 2021, s. 65)

Přesuneme-li se do prostředí intenzivní péče, setkáme se se základními kritérii pro nezahájení nebo ukončení resuscitace tvarovanými pro nemocniční prostředí. V nemocnici nezahajujeme resuscitaci nebo resuscitaci ukončujeme, když jsou u pacienta očividné známky smrti, rigor mortis, pacient evidentně vykrvácel nebo jsou jeho zranění neslučitelná se životem. Další kritérium k nezahajování KPR v nemocnici představuje předpoklad, že efektivita léčby bude nulová a pacient se přes plnou léčbu nadále zhoršuje často za progresivní sepse nebo multiorgánového selhání (probabilistická futilita). Bez debat nezahajujeme KPR, pokud je pacient kategorizován pod DNR. (Jonsen, 2019)

Abychom mohli pacienta v intenzivní péči kategorizovat pomocí DNR, a tím kontraindikovat resuscitaci, musí pacientův stav splňovat následující kritéria: Příkaz neresuscitovat můžeme použít v případě, že se pacient nachází v terminálním stadiu nevléčitelného onemocnění, veškeré léčebné možnosti jsou vyčerpány a toto onemocnění ústí v srdeční zástavu. Pacient v terminálním stadiu, jemuž smrt hrozí bezprostředně, by taktéž měl být zařazen do kategorie DNR a mělo by mu tím být umožněno zemřít bez komplikací a zátěže spojené s KPR. (Jonsen, 2019)

U pacientů v konečných stadiích onemocnění není dle průzkumů DNR využívána v takové míře, ve které by využita být měla. Nejpravděpodobnějším důvodem menšího využití DNR je neinformovanost pacientů a jejich rodin následkem nevole lékařů otevírat diskuze směrem k možnostem závěru života a DNR. Dalším důvodem by mohla být prezentace život zachraňujícího postupu, KPR, v médiích, kde je resuscitace úspěšná v 67 procentech. Oproti tomu reálná úspěšnost KPR v nemocnici nepřesahuje 17 procent a v terénu procent 14. Média ovlivňují rodiny i samotné pacienty, kteří KPR pod jejich vlivem značně přeceňují. Běžná populace nemá téměř žádnou představu o benefitech a naopak rizicích, následcích KPR a vůbec o průběhu a postupech KPR, pokud informace získají, stává se, že resuscitaci odmítnou. (Jonsen, 2019)

3 ETICKÁ DILEMATA V INTENZIVNÍ PÉČI PŘI PANDEMII COVID-19

Onemocnění COVID-19 způsobené virem SARS-CoV-2 ovládlo v roce 2020 téměř celou planetu. Propukla pandemie nového, neznámého respiračního onemocnění COVID-19, které doposud připravilo o život téměř šest milionů lidí. Neznámé vysoce nakažlivé infekční onemocnění uštědřilo obrovskou ránu nejen zdravotnictví, ale i celé společnosti. (Křepelka, 2020)

Od propuknutí pandemie je společnost povinna dodržovat různá protiepidemická opatření, jejichž míra odvisí od epidemické situace v dané zemi. Probíhá trasování rizikových kontaktů s COVID-19 pozitivními, každý člověk je povinen hlásit jakékoliv setkání s pozitivním krajským hygienickým stanicím, nakažení musejí dodržovat karanténní opatření... (Křepelka, 2020)

Zdravotnictví se po propuknutí potýkalo s mnoha problémy, byly jimi například nedostatek personálu, nedostatek lůžek pro příjem dalších pacientů, včetně intenzivních lůžek, nedostatek ventilátorů, omezení návštěv a obtížná komunikace s rodinami pacientů, nedostatek OOPP atd., z nichž některé nadále přetrvávají. (Křepelka, 2020)

Pro intenzivní péči v období pandemie COVID-19 jsou charakteristické zejména problémy s nedostatkem OOPP v začátcích pandemie, a tudíž s riziky poškození zdraví personálu a problémy s nedostatkem volných intenzivních lůžek s ventilátory. Před vypuknutím pandemie COVID-19 běžné přístroje a intervence se během pandemie stávají vzácnými, omezenými zdroji, jež je nutné přerozdělovat mezi pacienty podle doporučených postupů a kritérií. Oddělení intenzivní péče zažívají v některých fázích pandemie obrovský nápor pacientů oproti personálním nedostatkům a stoupá úroveň stresu na pracovišti. (Černý, 2020)

3.1 Základní pojmy

Infekční onemocnění definuje Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů jako onemocnění vznikající po přenosu původce nebo jeho toxinu z nakaženého člověka, ze zvířete či ze substrátu na fyzickou osobu. U nakažené osoby se mohou objevit příznaky onemocnění, ale není to podmínkou. (Česká republika, 2000)

Endemie představuje nejčastěji infekční onemocnění typické pro určitou ohraničenou oblast, kde se vyskytuje bez jakéhokoli zásahu z okolí. (Šín, 2017)

Epidemií označujeme nový výskyt onemocnění u mnoha osob v krátkém čase. Epidemický výskyt mívá zpravidla velký geografický rozsah. (Černý, 2020)

Pandemie je epidemie ještě většího geografického rozsahu, kdy se onemocnění dotýká území celých kontinentů. (Šín, 2017)

3.2 Onemocnění Covid-19

Infekční onemocnění COVID-19 způsobuje nový koronavirus SARS-CoV-2. Poprvé byla nákaza respiračním onemocněním COVID-19 zaznamenána na konci roku 2019 v čínském Wu-Chanu. Tento objev vyvolal značné obavy, jelikož onemocnění neslo závažné předpoklady pro vznik epidemie. Člověk se virem infikoval nejspíše prostřednictvím mezihostitele, východoasijského luskouna. Původ viru není přesně znám, což zapříčiňuje vznik množství konspiračních teorií o umělé manipulaci s virem, nebo dokonce o jeho úmyslném použití jako biologické zbraně. Žádná z těchto teorií však není podložena důkazy. (Černý, 2020)

Šíření COVID-19 dosáhlo brzy charakteru epidemie, za pandemii bylo prostřednictvím *WHO* (World Health Organisation) označeno v březnu roku 2020.

Respirační onemocnění COVID-19 se může projevit celou řadou příznaků, nejtypičtější je suchý kašel, horečka, únava, ztráta čichu a chuti. U většiny osob nebývá průběh onemocnění závažný, ale v některých případech onemocnění vede k zápalu plic a následnému respiračnímu selhání. Mezi varovné příznaky možného závažnějšího průběhu řadíme dušnost, bolest na hrudi, zmatenost, obtížnou řeč a neschopnost pohybu. (Černý, 2020)

Virulence onemocnění COVID-19 se velice těžko zkoumá a určuje, výsledky dosavadního výzkumu jsou proměnlivé. S jistotou můžeme tvrdit, že závažnost onemocnění lze předpokládat a existují predispozice ke komplikovanému průběhu. Šance na závažné komplikace během onemocnění COVID-19 stoupají s věkem, rizikovými faktory jsou také hypertenze, diabetes, obezita, srdeční komorbidita a onkologická onemocnění. (Černý, 2020)

Další vývoj pandemie viru SARS-CoV-19 lze předpovídat jen stěží, jelikož virus disponuje velkou schopností mutovat. Úplné vymýcení viru není pravděpodobné. *„Nejúspěšnější budou ty kmeny, které nakazí v průběhu onemocnění co nejvíc dalších hostitelů. Každé zpomalení šíření nemoci tudíž vytvoří tlak na vznik těch kmenů, které budou člověku škodit co nejméně. Právě ty nakonec převáží.“* (Černý, 2020, s. 6)

3.3 Alokace vzácných zdrojů

Lidská přání a potřeby stále převyšují omezené prostředky medicíny, a tak je nutné dostupné medicínské zdroje co nejefektivněji a zároveň nejmravněji rozdělit – alokovat – mezi ty, kdo je potřebují. Konflikt dostupných medicínských zdrojů a neomezených lidských potřeb nabírá na síle právě v době pandemie. Dříve běžné, rutinní léčebné postupy a prostředky se stávají vzácnými zdroji, je nutné je alokovat, což vyvolává nová etická dilemata a rozhodování o osudech pacientů. (Jedličková, 2020)

Musí-li lékař činit etické rozhodnutí, znamená to, že překročil hranici medicínské jistoty a že nyní nerozhoduje pouze na základě odbornosti, nýbrž i na základě etických principů a hodnot. V momentě, kdy máme dostupný jeden ventilátor, ale potřebovali bychom umělou plicní ventilaci okamžitě zahájit u třech pacientů, máme ji zahajovat? U koho? Ve zmíněném případě musí lékař učinit rozhodnutí závislé na jeho odbornosti, musí zvolit adekvátní léčbu pro každého ze tří pacientů, vedle čehož musí vést i etickou rozvahu o tom, komu ze tří pacientů vzácný zdroj, ventilátor, alokuje. Lékař rozhoduje s odbornou, morální i právní odpovědností. Nástrojem pro rozhodování o těchto svízelných etických dilematech by měly být principy lékařské etiky adaptované pro potřeby alokace vzácných zdrojů. (Jedličková, 2020; Černý, 2020)

3.3.1 Modifikace čtyř základních principů lékařské etiky dle alokace vzácných zdrojů

Princip beneficence, princip nonmaleficence, princip spravedlnosti a princip respektu k autonomii – s těmito principy pracuje lékařská etika v běžných situacích. V době pandemie, kdy je nutná alokace vzácných zdrojů, jsou tyto principy neaplikovatelné. Etické principy užité v době pandemie a krizových rozhodování o alokaci vzácných zdrojů se nutně nemusí dostávat do konfliktu s etickými principy základními. Významnost některého ze základních principů však může být upozaděna. Během pandemie zdatně ustupuje do pozadí etický princip autonomie pacienta. Nedostatek zdrojů nám nedovoluje, abychom vyhověli každému přání pacienta, vzácný zdroj nelze poskytnout každému. (Černý, 2020)

David Černý, Adam Doležal a Tomáš Doležal, lékaři, členové *Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva Akademie věd České republiky*, tvarují základní principy lékařské etiky do pandemické podoby a přináší návod pro etické rozhodování v rámci alokace vzácných zdrojů tím, že vytvářejí pandemickou analogii k základním principům lékařské etiky:

3.3.1.1 Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů

Princip maximalizace užitku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů zaujímá nejvýznamnější pozici mezi etickými principy alokace vzácných zdrojů. Jedná se o modifikaci základního principu beneficence. Měřítek maximalizace užitku lze specifikovat vícero, například počet zachráněných životů nebo délku a kvalitu života pacientů po závěru léčby. Pro pandemii viru SARS-CoV-2 je nejpříznačnější měření užitku dle počtu zachráněných životů. (Černý, 2020)

První etický princip alokace vzácných zdrojů, princip maximalizace užitku dosaženého prostřednictvím vzácných zdrojů, vždy podléhá principu non-maleficence, který dohlíží na to, aby pacient nebyl léčbou poškozen. Připouští však existenci situací, které nelze z důvodu nedostatku zdrojů vyřešit jinak než ne zahájením léčby (např. ne zahájení umělé ventilace pro nedostatek ventilátorů), a to i v případě, že s ne zahájením pacient nesouhlasí. Nezahájení léčby je zde ospravedlněno a nelze ho vnímat jako úmyslné poškození zdraví, nebo dokonce eutanázii. (Černý, 2020)

3.3.1.2 Férovost

Druhým významným etickým principem alokace vzácných zdrojů zůstává férovost. Období pandemie nedává prostor jakékoli diskriminaci. Považujeme za nezbytné zmínit, že pravidlo „first-come, first-served“ se nedá uplatňovat, jelikož by mělo řadu nežádoucích účinků. Lidé by se ve snaze získat vzácné zdroje shromažďovali ve zdravotnických zařízeních, do značné nevýhody by byli postaveni lidé s bydlištěm dále od nemocnic. Léčili bychom pacienty na základě toho, kdy onemocněli, neléčili bychom na základě prognózy. Pravidlo „first-come, first-served“ lze uplatnit pouze v případě, jedná-li se o dva pacienty s totožnou prognózou. V takovém případě lze taktéž využít, a je doporučena, taktika losování. (Černý, 2020; Jedličková, 2020)

3.3.1.3 Podpora těch, kteří pomáhají druhým

Autoři etických guidelines pro rozhodování v rámci alokace vzácných zdrojů stanovují třetím etickým principem podporu těch, kteří pomáhají druhým. Poskytovatelé zdravotnické péče se rovněž v období pandemie stávají vzácnými zdroji, pokud zemřou oni, zemřou i lidé, kterým nebudou moci poskytnout pomoc. Zdravotničtí pracovníci si bezesporu zaslouhují přednost při alokaci vzácných zdrojů. To samé platí i pro policii, hasičský sbor, osoby podporující chod státu, osoby řídící společnost... (Černý, 2020)

3.3.1.4 Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře

Poslední etický princip v alokaci vzácných zdrojů představuje upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře. Přednost při alokování patří nemocným s nejtěžším průběhem, ale zároveň s dobrou prognózou a šancí na přežití. Dále bychom měli upřednostnit pacienty, jejichž život by byl v případě smrti příliš krátký (mladé pacienty). Princip upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře, je třeba ještě upřesnit. Vzácný zdroj bychom měli přednostně alokovat méně nemocnému pacientovi, kterému zachrání život spíše než pacientovi s horším průběhem onemocnění, který po alokaci zdroje stejně nejspíše zemře. (Černý, 2020)

Negativní alokace vzácného zdroje nebo jeho odepření nás neopravňuje k ukončení poskytování lékařské péče pacientovi, jemuž nebyl zdroj alokován nebo mu byl odepřen. Péče o takové pacienty by měla být pro zdravotnický tým mimořádně důležitá a měli bychom pacientům s negativní alokací nebo odepřením zdroje zajistit kompletní paliativní péči a důstojné umírání. Stane-li se i paliativní péče vzácným zdrojem, poskytuje se pacientům tzv. „paliativní sedace“, která v této situaci reprezentuje jediný možný způsob, jak lze nemocnému zajistit dostatečnou analgezii a důstojný závěr života. (Černý, 2020)

3.3.2 Triáž a prioritizace

Slovo triage – třídění, řazení, výběr má původ ve francouzském slově trier. V češtině se setkáme s výrazem triáž, který v lékařské terminologii znamená třídění pacientů, nemocných či raněných. (Hubáček, 2017)

Nacházíme-li se v situaci, kdy máme dostatek zdrojů, a intenzivní péči lze tak poskytnout každému pacientovi, kterému je indikována, provádíme triáž pouze na základě souhlasu pacienta s léčbou a na základě kritérií popisujících zdravotní stav a prognózu nemocného. Vycházíme z předpokladů, že intenzivní péči lze poskytnout každému, komu je indikována, a etický princip rovnosti toto poskytnutí dokonce vyžaduje. Nesnáze přicházejí až s omezenými zdroji a jejich nutnou alokací. (Černý, 2020)

V případě, že nedisponujeme dostatkem zdrojů a musíme přistoupit k alokaci, je nám doporučeno selektovat pacienty do tří kategorií podle pravděpodobnosti úspěchu intenzivní léčby:

- Pravděpodobnost nízká – pacient z intenzivní léčby nebude profitovat, velmi pravděpodobně zemře.
- Pravděpodobnost střední – pacient má mírnou šanci na profit a přežití.
- Pravděpodobnost vysoká – léčba bude pravděpodobně úspěšná.

Kategorizace a odhad úspěchu léčby odvisí od závažnosti nynějšího onemocnění, přidružených komorbidit např. (významná orgánová dysfunkce, onkologické onemocnění v pozdějších fázích, nezvratně oslabená imunita, polymorbidita) a od celkové křehkosti organismu. Intenzivní terapie se nezačíná u nemocných z první (nízké) kategorie. U pacientů zařazených do první skupiny zahajujeme pouze neintenzivní léčbu a indikujeme paliativní terapii. (Černý, 2020)

Nyní přistoupíme k pacientům z kategorie třetí (pravděpodobnost vysoká): Lze se setkat se dvěma situacemi – v intenzivní péči již disponujeme dostatkem zdrojů, tudíž můžeme intenzivní péči v plné míře poskytnout kompletnímu seznamu pacientů. Druhou, opačnou situací, je nedostatek zdrojů v intenzivní péči přetrvávající, který nás nutí opětovně pacienty selektovat. Absolutní přednost mezi pacienty mají dle etického principu podpory těch, kteří pomáhají zdravotničtí pracovníci, osoby podporující chod státu, osoby řídící společnost atd. Pacienty ve stejném věku se shodnou prognózou selektujeme losem (etický princip férovosti). Jestliže v kategorii zůstávají pacienti, které od sebe lze diferencovat pouze věkem, využíváme pokročilejšího algoritmu pro triáž, který popíšeme později. (Černý, 2020)

Vzácné zdroje pacientům z druhé (střední) kategorie alokujeme pouze tehdy, pokud byly již alokovány všem pacientům kategorie třetí (vysoké). Předpokládáme-li, že vzácné zdroje nezajistí adekvátní terapii (kvůli nedostupnosti) všem pacientům střední kategorie, prioritizujeme nemocné stejně jako ve třetí kategorii pacientů. (Černý, 2020)

Následující formu triáže pro alokaci lze využít pouze v případě, že jsme všechny předešlé alokace vyčerpali a musíme alokovat pacienty stejných kategorií (střední či vysoká), ale rozdílného věku. Kritérium dřívější alokace představuje míra závažnosti smrti. Smrt je pro nás tím závažnější, čím déle ještě máme šanci žít (jsme mladí). Alokační vzácných zdrojů morálně ospravedlňuje rozhodování „na základě věku“, které bychom za normálních okolností považovali jako eticky nepřijatelné a diskriminační: „*Věk zde není kritériem volby, ale proměnnou, jež určuje míru špatnosti smrti.*“ (Černý, 2020, s. 13)

3.4 Ostatní vybraná etická dilemata související s pandemií COVID-19

Pandemie COVID-19 s sebou nepřinesla pouze etické dilema alokace vzácných zdrojů, přináší i jiná, neméně důležitá dilemata. Další etické problémy se mohly zobrazit ve zdravotních rizicích pro zdravotníky, v pracovní vyčerpání zdravotníků a dopadech zvýšených pracovních nároků, v omezení návštěv zdravotnických zařízení nebo v přístupu médií atd. Některá ze zmíněných etických otázek se pokusíme přiblížit v následujících odstavcích.

3.4.1 Rizika pro zdravotníky poskytující intenzivní péči

Práce v nejistotě a ve starost o zdraví své i svých blízkých se stala s příchodem pandemie COVID-19 pro zdravotníky každodenní záležitostí. Zdravotníci poskytující intenzivní péči ale nejsou v rámci pandemie vystavováni pouze rizikům samotné nákazy virem COVID-19, rizika pro ně představují taktéž zvýšená míra stresu na pracovišti, vyšší směnové dotace, práce přesčas, vysoká neustávající vyčerpání pracovišť intenzivní péče, práce na cizím, neznámém oddělení, zákazy dovolených, vysoká úmrtnost pacientů v rámci intenzivní péče, náročné etické rozhodování v důsledku alokace vzácných zdrojů apod. To vše negativně ovlivňuje psychiku a zdraví zdravotníků, kteří musí být i přes vyčerpání intenzivní péče každou směnu maximálně soustředění (Drábková, 2020).

Co se týče ochrany zdravotníků před nákazou onemocněním COVID-19, veškerou právní i etickou odpovědnost v ochraně zdravotníků nese jejich zaměstnavatel. Mravní povinností zaměstnavatele je své zaměstnance chránit. Zaměstnavatel by měl zajistit dostatek osobních ochranných pracovních prostředků (OOPP) zdravotníkům a proškolení zdravotníky v jejich správném používání. Jsou-li zdroje OOPP omezené, je nutné zajistit zdravotníkům alespoň základní bezpečnost a ochranu před nákazou koronavirem. Mimo jiné úloha zaměstnavatele spočívá v zajišťování sociální a psychické podpory zdravotníkům v náročném období pandemie (COVID-19 – ethical issues. A guidance note, 2020; Drábková, 2020).

3.4.2 Zákaz návštěv a komunikace s rodinou

Komunikace je nedílnou součástí medicíny a spadá pod důležité dovednosti každého zdravotníka. Veškeré komunikační vazby jsou důležité, ať už se jedná o komunikaci mezi lékařem a nelékařským zdravotnickým pracovníkem (nelékařem) nebo lékařem a pacientem nebo nelékařem a pacientem. Empatie, umění správně informovat a vést rozhovor není přidanou hodnotou k odbornosti zdravotníků, komunikace představuje jednu z nejdůležitějších složek odbornosti, bez které nelze jakékoliv medicínské i nelékařské zdravotnické povolání vykonávat (Ptáček, 2011).

Zákaz návštěv zdravotnických zařízení uvalený pandemií COVID-19 výrazně zpřetrhal komunikační vazbu rodin a blízkých pacientů s lékaři a s pacienty samotnými. Rodinám pacientů se pokaždé nedostalo možnosti přijít se rozloučit s umírajícím příbuzným nebo přijít navštívit příbuzného ve vážném stavu. Komunikace a veškeré sdělování informací o pacientovi probíhalo prostřednictvím telefonátů, což také není eticky zcela přijatelné. Podávání informací o pacientově stavu po telefonu nese značná rizika. Nikdy si

nemůžeme být stoprocentně jisti, kdo telefon zvedá a dožaduje se citlivých informací o pacientovi (Ptáček, 2011; Česká republika).

3.4.3 Masmédia

Masmédia hrají klíčovou roli v komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními, odborníky, lékaři a ostatní veřejností. Mravní povinností médií by mělo být v pandemickém období (i mimo něj) zobrazování pravdy, předcházení panice, zabránění propuknutí chaosu a nepokojů, objektivita a poskytování relevantních informací o vývoji pandemie laické veřejnosti. Bohužel se setkáváme s tím, že média v období pandemie hrubě narušují soukromí zdravotníků, pořizují videozáznamy pacientů v intenzivní péči i jinde ve zdravotnických zařízeních. Vše činí bez předchozího souhlasu osob účinkujících v záznamech a následně mnohdy záznamy zneužívají k tvorbě zkreslených a nepravdivých informací o poskytování péče nemocným a o vývoji pandemie (COVID-19 – ethical issues. A guidance note, 2020; Koronavirus a média).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Zjistit, jaká etická dilemata s sebou do práce zdravotnického záchranáře v intenzivní péči přinesla pandemie COVID-19.

Cíl 2: Porovnat četnost etických dilemat před a po propuknutí pandemie COVID-19 v intenzivní péči z pohledu zdravotnického záchranáře.

Cíl 3: Zjistit, v jaké míře intenzivní péči zasáhlo dilema alokace vzácných zdrojů během pandemie COVID-19.

Cíl 4: Zjistit postoje zdravotnických záchranářů v rámci pandemických etických dilemat dotýkajících se intenzivní péče.

5 PŘEDPOKLADY PRO VÝZKUM

Předpoklad 1: Předpokládejme, že pandemie vnesla do práce zdravotnického záchranáře různá nová etická dilemata zasahující jak pacienty, tak samotné zdravotníky (C 1).

Předpoklad 2: Předpokládejme, že po propuknutí pandemie COVID-19, z pohledu zdravotnických záchranářů pracujících v intenzivní péči, etických dilemat přibylo, oproti době před pandemií (C 2).

Předpoklad 3: Předpokládejme, že během pandemie byla triáž pacientů v rámci alokace vzácných zdrojů běžnou součástí intenzivní péče (C 3).

Předpoklad 4: Předpokládejme, že nejvýraznějším pandemickým etickým dilematem v intenzivní péči se stala alokace vzácných zdrojů (C 3).

Předpoklad 5: Předpokládejme, že mohlo dojít, v důsledku nedostatku lůžek v intenzivní péči, k neetickému zacházení s těly zemřelých (C 3).

Předpoklad 6: Předpokládejme, že při nedostatku OOPP by zdravotničtí záchranáři, pracující v intenzivní péči, nechtěli nákazou ohrozit sebe a personál, spíše než že by se rozhodli vystavit se vysokému riziku nákazy při péči o pacienta bez dostatečné osobní ochrany (C 4).

Předpoklad 7: Předpokládejme, že by zdravotničtí záchranáři, i v době pandemie, chtěli umožnit nejbližším příbuzným se setkávat s blízkými hospitalizovanými v intenzivní péči (C 4).

Předpoklad 8: Předpokládejme, že etická dilemata v době pandemie zdravotnické záchranáře velice zasáhla, a tak nyní etickým otázkám přikládají větší váhu než dříve (C 4).

6 METODIKA VÝZKUMU

K dosažení vytyčených cílů práce byla použita kvantitativní metoda sběru dat – výzkum jsme provedli formou dotazníkového šetření. Dotazníky sloužily především ke zjištění zkušeností, postojů a názorů zdravotnických záchranářů zaměstnaných v intenzivní péči vzhledem k etickým dilematům, s nimiž se během své práce setkávají.

Otázky obsažené v dotazníku se týkaly především dilemat souvisejících s pandemií COVID-19. Účelem bylo také zjistit četnost míněných etických dilemat v intenzivní péči před vypuknutím pandemie a po jejím vypuknutí.

Veškeré odpovědi získané od respondentů jsou anonymní. Na dotazník odpovídali pouze zdravotničtí záchranáři, kteří poskytovali ošetrovatelskou péči pacientům s COVID-19 na různých odděleních intenzivní péče.

Výzkum byl proveden na několika odděleních ARO, JIP, DIOP, ODIP v těchto čtyřech různých zdravotnických zařízeních: *Fakultní nemocnice Plzeň, Karlovarská krajská nemocnice, Klatovská nemocnice a Stodská nemocnice. Fakultní nemocnice Plzeň a Karlovarská nemocnice* ve výzkumu zastupují zdravotnická zařízení krajská, většího měřítká a vyšší odbornosti.

Postoje zdravotnických záchranářů k etickým dilematům v intenzivní péči i četnost inkriminovaných etických dilemat z těchto dvou zdravotnických zařízení mezi sebou praktická část kvalifikační práce porovnává. Situace ohledně etických dilemat ve větších zdravotnických zařízeních je následně porovnána se situací v dalších dvou zdravotnických zařízeních měřítká menšího – *Klatovská nemocnice a Stodská nemocnice*. Obě tyto instituce zastupují nemocnice okresní.

Pro tento výzkum byly vytvořeny dva strukturované dotazníky:

První dotazník o třiceti jedné otázce směřoval do tří zdravotnických zařízení, vyjma *FN Plzeň*. Vzhledem k okolnostem schvalování výzkumu, kdy připravená sada otázek nebyla povolena pro výzkum ve *FN Plzeň*, musel být stávající dotazník o třiceti jedné otázce upraven. Dotazník pro *Fakultní nemocnici Plzeň* obsahuje tudíž pouze dvacet čtyři otázek z původní připravované sady, jinak je totožný s dotazníkem užitým v ostatních zdravotnických zařízeních.

V dotazníku o třiceti jedné otázce najdeme sedm uzavřených, polytomických, otázek, které žádají pouze jednu odpověď z několika nabízených, a to konkrétně otázky 1, 3, 8, 10, 23, 27 a 28. Uzavřených, trichotomických, otázek se v dotazníku vyskytuje patnáct – nabízejí výběr jedné odpovědi z nabízených tří možností – jsou to otázky 6, 9, 11, 13, 15,

17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 29, 30 a 31. Mezi uzavřenými trichotomickými otázkami nalezneme také několik otázek filtračních, které podle odpovědi buď respondenty posouvají k následující otázce, nebo je vedou k jejímu vynechání. Filtrační dotazy zastupují otázky 6, 9, 11, 13, 15, 18, 21 a 24. Otázka číslo 2 je polouzavřená trichotomická, respondent má možnost v jedné z odpovědí vepsat text. Otázky číslo 7, 12, 16 a 22 jsou výčtové polouzavřené s možností textové odpovědi u políčka „jiné“. Dotazník obsahuje také čtyři otevřené otázky s vlastní odpovědí, jsou to otázky s číslem 4, 5, 14 a 19.

Dotazník pro *FN Plzeň* obsahuje otázek dvacet čtyři. Je ochuzen o otázky s čísly 16, 17, 23, 24, 25, 26 a 29 původního dotazníku. Šetření ve *FN Plzeň* zahrnovalo šest otázek polytomických uzavřených (čísla 1, 3, 8, 10, 21 a 22). Druhá otázka (č.2) byla trichotomická polouzavřená. Trichotomických uzavřených otázek dotazník obsahuje deset, tyto otázky jsou přiřazeny číslům 6, 9, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 23 a 24. Z nich pět otázek, konkrétně s čísly 6, 9, 11, 13 a 16) je filtračních. Dotazníkové šetření ve *FN Plzeň* zahrnovalo i čtyři otevřené otázky: číslo 4, 5, 14 a 17. Výčtové polouzavřené otázky se v dotazníku taktéž vyskytují tři a mají čísla 7, 12 a 20.

Přípravený dotazník bylo možné vyplnit jak v elektronické podobě, tak v podobě tištěné.

6.1 Charakteristika sledovaného souboru

Kvantitativní výzkum zahrnuje zdravotnické záchranáře, kteří se setkali s péčí o covidpozitivní pacienty na několika odděleních intenzivní péče. Dotazování byli zdravotničtí záchranáři ve *FN Plzeň*, *Karlovarské krajské nemocnici*, *Klatovské nemocnici* a *Stodské nemocnici*. Povolení ke sběru dat ve *FN Plzeň* vkládáme do příloh bakalářské práce. Schvalování výzkumu v ostatních zdravotnických zařízeních probíhalo prostřednictvím písemné e-mailové korespondence.

Soubor respondentů byl získán náhodným výběrem. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnili 104 respondenti. Celkem 52 z nich vyplnilo dotazník určený pro *FN Plzeň*, z ostatních zdravotnických zařízení jsme sebrali 48 dotazníků. Dalších 16 vyplněných formulářů poskytli zdravotničtí záchranáři ze *Stodské nemocnice*, 2 dotazníky jsou nabyté v *Klatovské nemocnici*, zbylých 30 formulářů patří zdravotnickým záchranářům z *Karlovarské krajské nemocnice*. Poslední 4 dotazníky jsme museli znehodnotit, jelikož je dotazování nevyplnili správně. Získali jsme tak přesně 100 platných odpovědí od respondentů.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V následující kapitole analyzujeme výsledky dotazníkového šetření. Vytvořili jsme tabulky a grafy, pomocí kterých prezentujeme odpovědi na jednotlivé otázky.

7.1 Obecné informace k interpretaci výsledků

Výsledky výzkumu interpretujeme nejen jako soubor všech získaných odpovědí, ale u vybraných otázek i odděleně v závislosti na zdravotnických zařízeních, odkud byly výsledky vytěženy. Vznikne nám tak možnost srovnání situací v jednotlivých institucích mezi sebou.

Odpovědi z *Karlovarské krajské nemocnice* a proměnné od nich odvozené vyznačují v tabulce modrou barvou. *Fakultní nemocnici Plzeň* je přidružena barva červená a oranžová nemocnicím okresním.

Soubor celkových výsledků je znázorněn zelenou barvou. Výsledky z *FN Plzeň* zahrnují pouze u otázek, které obsahoval upravený dotazník určený *FN Plzeň*.

7.2 Výsledky získaných dat

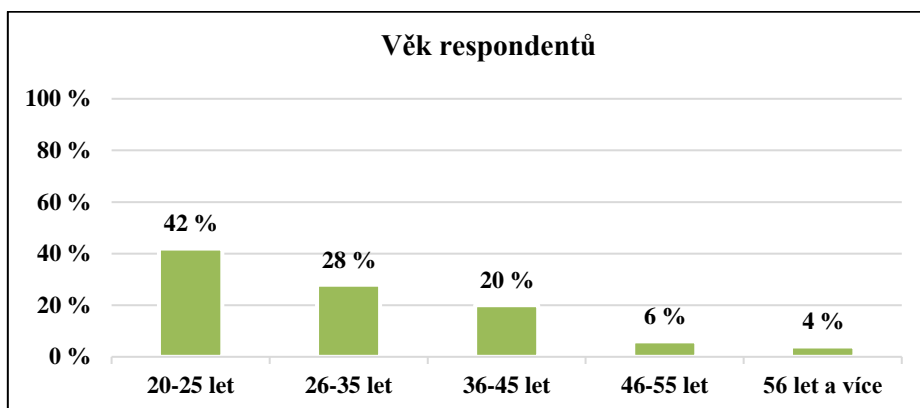
Otázka 1: Kolik Vám je let?

Tabulka 1: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-25 let	42	42 %
26-35 let	28	28 %
36-45 let	20	20 %
46-55 let	6	6 %
56 let a více	4	4 %

Zdroj: vlastní

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: vlastní

V otázce č. 1 jsme se ptali na věk respondentů. Pro odpověď bylo vymezeno pět věkových rozmezí 20-25 let, 26-35 let, 36-45 let, 46-55 let a 56 let a více. Nejvíce respondentů (42, což je 42 %) označilo první možnost – věkové rozmezí 20-25 let. Druhou nejčastější volbou, a to u 28 (28 %) respondentů byla kategorie 26-35 let. Věkové rozmezí 36-45 let zaškrtno 20 (20 %) respondentů. Ve věku 46-55 let zodpovídalo dotazník 6 (6 %) respondentů a nejméně respondentů (4 – 4 %) označilo možnost věkového rozmezí 56 let a více.

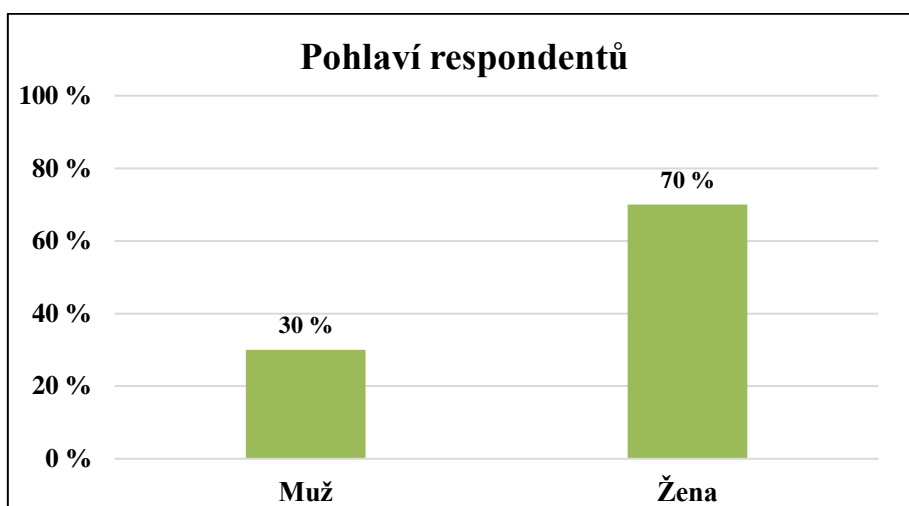
Otázka 2: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	30	30 %
Žena	70	70 %

Zdroj: vlastní

Graf 2: Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní

Druhá otázka zjišťovala pohlaví respondentů. Ze sta respondentů odpovídalo 70 (70 %) žen a 30 (30 %) mužů.

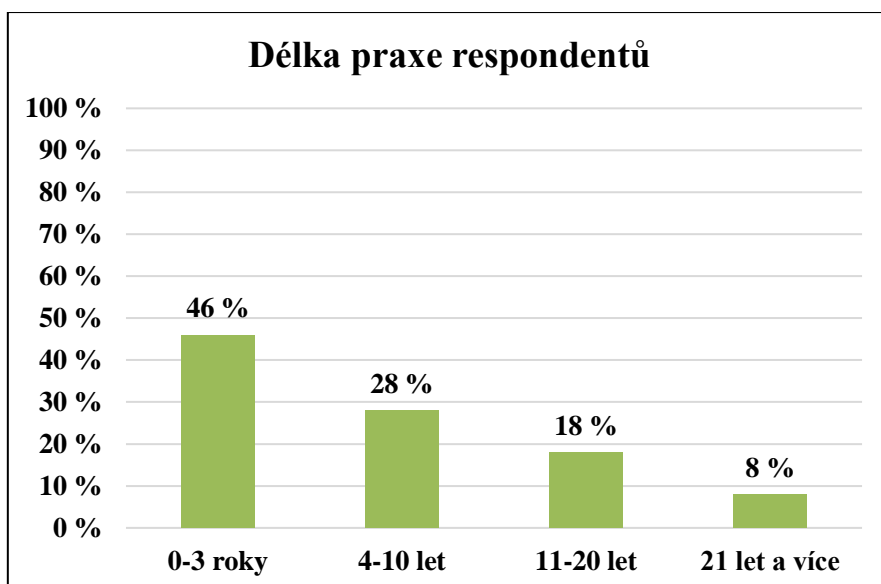
Otázka 3: Jak dlouho pracujete v intenzivní péči?

Tabulka 3: Délka praxe respondentů

Délka praxe respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-3 roky	46	46 %
4-10 let	28	28 %
11-20 let	18	18 %
21 let a více	8	8 %

Zdroj: vlastní

Graf 3: Délka praxe respondentů v intenzivní péči



Zdroj: vlastní

Otázka č. 3 mapuje délku zaměstnání respondentů v intenzivní péči. Ze sta respondentů jich 46 (46 %) uvedlo, že v intenzivní péči pracují až 3 roky. O něco delší praxi má 28 (28 %) respondentů, a to 4 až 10 let. Dalších 18 (18 %) respondentů odpovědělo, že délka jejich praxe v intenzivní péči činí 11 až 20 let. Zbýlých 8 (8 %) respondentů pracuje v intenzivní péči již 21 a více let.

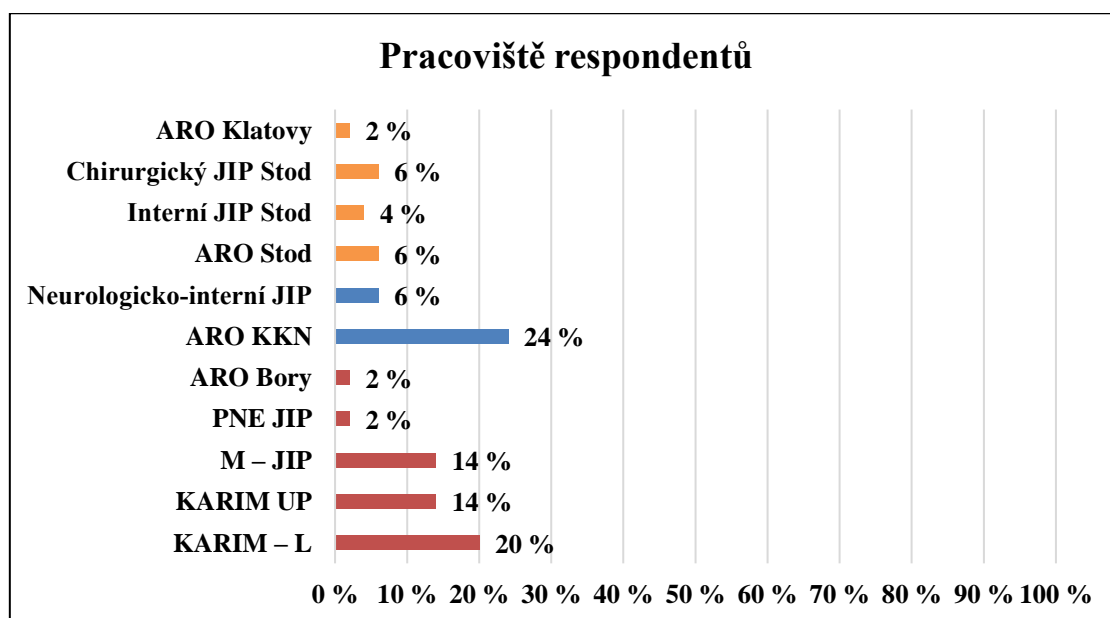
**Otázky 4 a 5: Jaká jsou zdravotnická zařízení a oddělení, kde jste zaměstnáni?
V jakých zdravotnických zařízeních a na jakých odděleních jste se setkali s péčí o pacienty s COVID-19?**

Tabulka 4: Pracoviště respondentů

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
FN Plzeň		
KARIM – L	20	20 %
KARIM UP	14	14 %
M – JIP	14	14 %
PNE JIP	2	2 %
ARO Bory	2	2 %
KKN		
ARO	24	24 %
Neurologicko-interní JIP	6	6 %
Stod, Klatovy		
ARO Stod	6	6 %
Interní JIP Stod	4	4 %
Chirurgický JIP Stod	6	6 %
ARO Klatovy	2	2 %

Zdroj: vlastní

Graf 4: Pracoviště respondentů



Zdroj: vlastní

V otázce č. 4i se ptáme na zdravotnické zařízení a oddělení, kde jsou respondenti zaměstnáni. Ve FN Plzeň bylo do výzkumu zapojeno pět oddělení intenzivní péče: *KARIM – Lůžka* (KARIM – L), *KARIM – Akutní zóna urgentního příjmu* (KARIM – UP), *Plicní JIP* (PNE JIP), *ARO Bory* a *Metabolická JIP* (M – JIP).

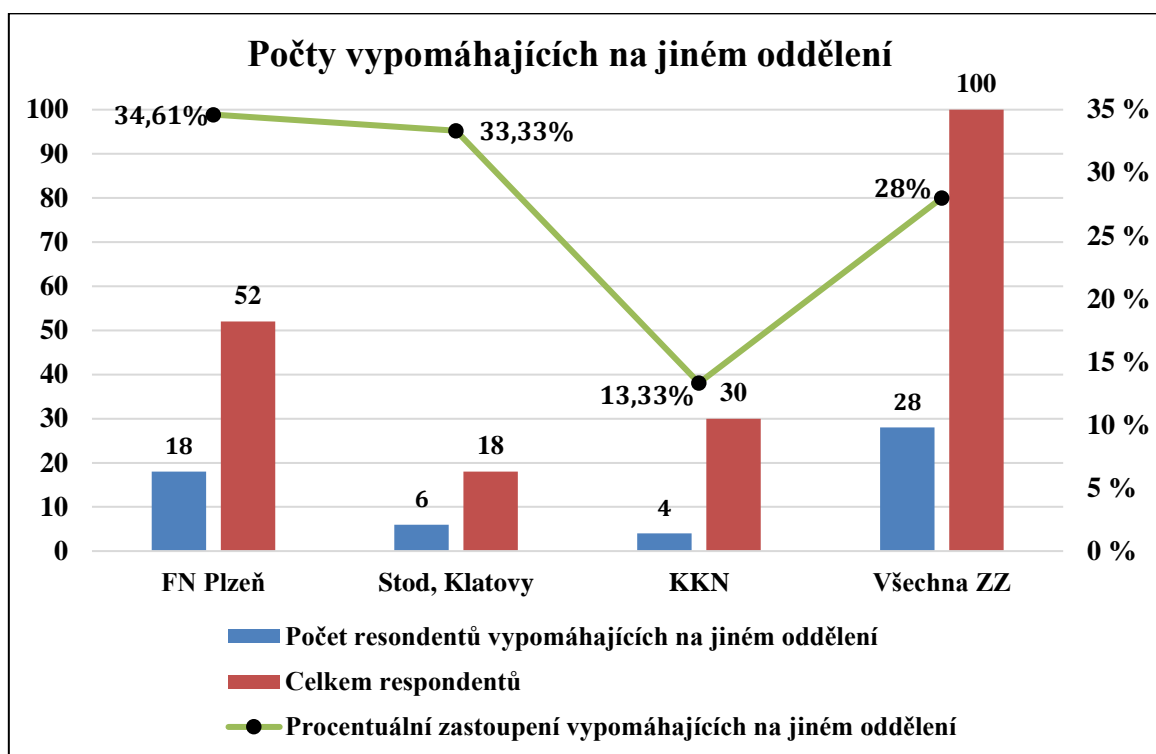
Z oddělení KARIM – L vyplnilo dotazník 20 (20 %) respondentů. KARIM – UP přispěl do výzkumu 14 (14 %) respondenty, stejně jako M-JIP. Výzkumu se zúčastnili i 2 zdravotničtí záchranáři z PNE JIP (2 %). *Karlovarská krajská nemocnice* vyčlenila pro výzkum dvě oddělení: *ARIM – lůžka* (ARO KKN) a *Neurologicko-interní JIP*. ARO KKN tvoří celkem 24 % získaných odpovědí (24 respondentů). Z *Neurologicko-interního JIPu* se vrátilo 6 (6 %) vyplněných dotazníků. *Okresní Klatovská nemocnice* a *Stodská nemocnice* do výzkumu zapojily celkem 4 ze svých oddělení: *Interní JIP Stod* (4 respondenti, 4 %), *Chirurgický JIP Stod* (6 respondentů, 6 %), *ARO Stod* (6 respondentů, 6 %) a *ARO Klatovy* (2 respondenti, 2 %). Získané informace v otázce č. 4 jsme porovnali s informacemi získanými pomocí otázky č. 5 – oddělení, kde respondenti pečovali o covidpozitivní pacienty. Zjistili jsme množství zdravotnických záchranářů, kteří museli z důvodu celkového nedostatku personálu vypomáhat také na cizích odděleních.

Tabulka 5: Počty vypomáhajících na jiném oddělení

Zdravotnické zařízení	Počet vypomáhajících	Procentuální zastoupení vypomáhajících	Celkem respondentů
FN Plzeň	18	34,61 %	52
KKN	4	13,33 %	30
Stod, Klatovy	6	33,33 %	18
Všechna ZZ	28	28 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 5: Počty vypomáhajících na jiném oddělení



Zdroj: vlastní

V otázce č. 5 respondenti vypisovali oddělení, kde se setkali s péčí o covidpozitivní pacienty. Zdravotničtí záchranáři byli v rámci otázky č. 5 dotazováni za účelem zjištění počtu zdravotnických záchranářů, kteří pro nedostatek personálních zdrojů během pandemie COVID-19 opustili svá kmenová oddělení, a museli vypomáhat na jiném pracovišti. Ve FN Plzeň 18 (34,61 %) z odtamtud získaných 52 respondentů muselo vypomáhat na odlišných odděleních, než bylo jejich kmenové. V okresních nemocnicích vypomáhalo 6 (33,33 %) respondentů z celkového počtu 18. V KKN (*Karlovarské krajské nemocnici*) vypomáhalo podstatně méně, a to 4 (13,33 %) respondenti z celkových 30. Sečteme-li všechny vypomáhající respondenty z jednotlivých nemocnic, dostaneme se k číslu 28 (28 %) vypomáhajících ze 100.

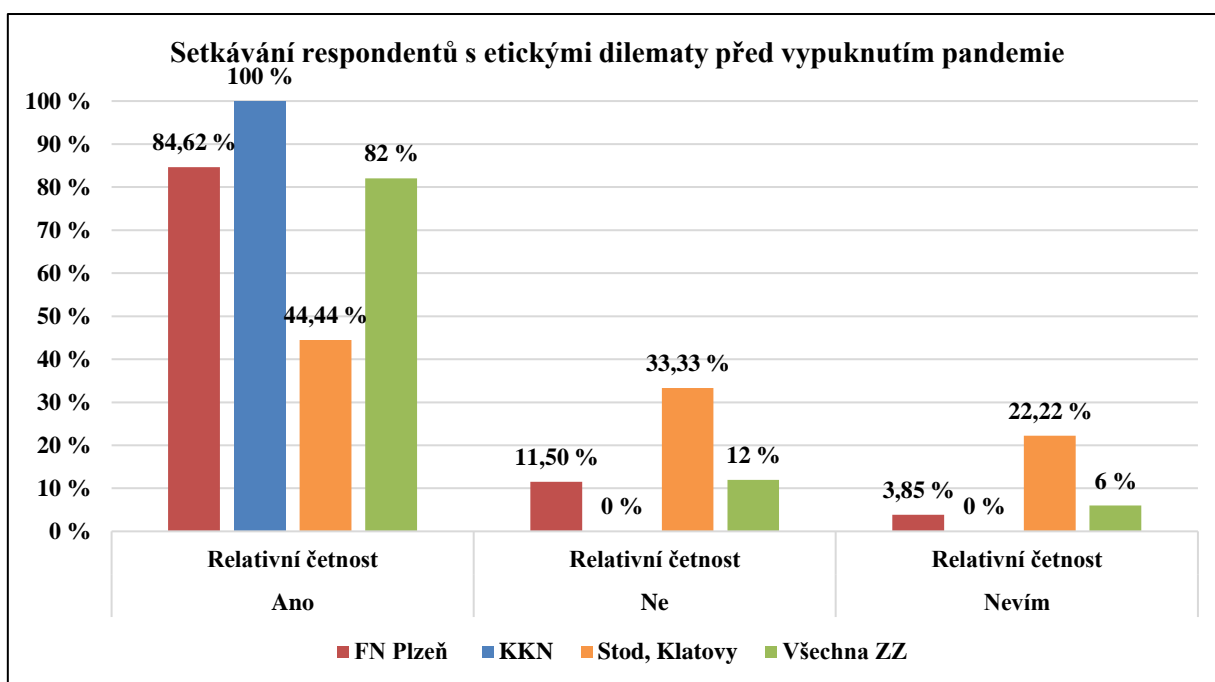
Otázka 6: Setkávali jste se v intenzivní péči s etickými dilematy před vypuknutím pandemie COVID-19?

Tabulka 6: Setkávání respondentů s etickými dilematy před vypuknutím pandemie

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
FN Plzeň	44	84,62 %	6	11,5 %	2	3,85 %	52
KKN	30	100 %	0	0 %	0	0 %	30
Stod, Klatovy	8	44,44 %	6	33,33 %	4	22,22 %	18
Všechna ZZ	82	82 %	12	12 %	6	6 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 6: Setkávání respondentů s etickými dilematy před vypuknutím pandemie



Zdroj: vlastní

Na otázku zda se zdravotničtí záchranáři setkávali před vypuknutím pandemie s etickými dilematy odpovědělo 82 (82 %) respondentů ze 100 „ano, setkávali jsme se“. Dalších 12 (12 %) respondentů udalo, že se s etickými dilematy doposud nesetkali a 6 (6 %) respondentů zaškrtnulo možnost „nevím“. Podíváme-li se na jednotlivá zdravotnická zařízení, zjistíme, že ve *FN Plzeň* 44 (84,62 %) respondentů z 52 udalo, že se s dilematy setkávají, 6 (11,5 %) se nesetkává a 2 (3,85 %) respondenti nevědí, zda se setkávají s etickými dilematy ve své praxi. Všech 30 (100 %) záchranářů z *KKN* odpovědělo „ano“ na otázku č. 6. V okresních nemocnicích se s etickými dilematy setkávalo 8 (44,44 %) respondentů, nesetkávalo 6 (33,33 %) a zbylí 4 respondenti (22,22 %) nevědí.

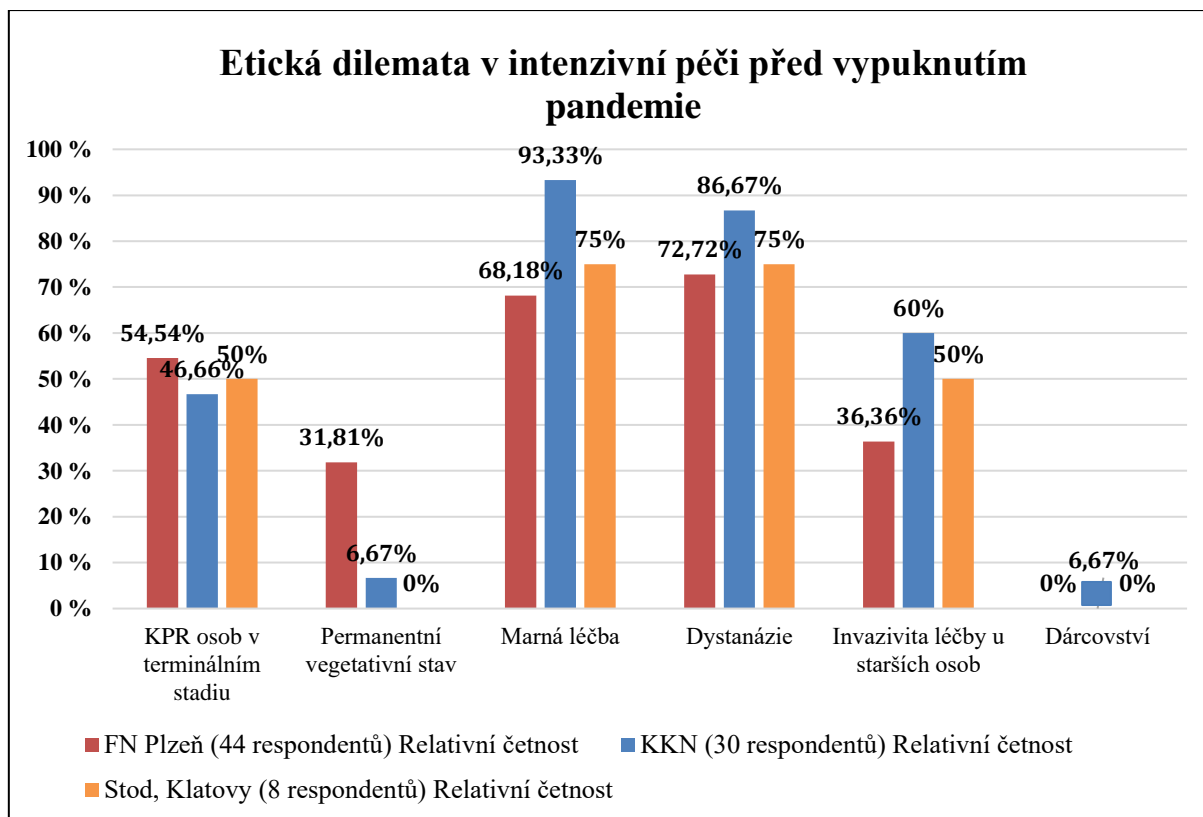
Otázka 7: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, s jakými dilematy/problémy jste se setkávali?

Tabulka 7: Etická dilemata v IP před vypuknutím pandemie v jednotlivých ZZ

Etické dilema	FN Plzeň (44 respondentů)		KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (8 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
KPR osob v terminálním stadiu	24	54,54 %	14	46,66 %	4	50 %
Permanentní vegetativní stav	14	31,81 %	2	6,67 %	0	0 %
Marná léčba	30	68,18 %	28	93,33 %	6	75 %
Dystanázie	32	72,72 %	26	86,67 %	6	75 %
Invazivita léčby u starších osob	16	36,36 %	18	60 %	4	50 %
Dárcovství	0	0 %	2	6,67 %	0	0 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Etická dilemata v IP před vypuknutím pandemie v jednotlivých ZZ



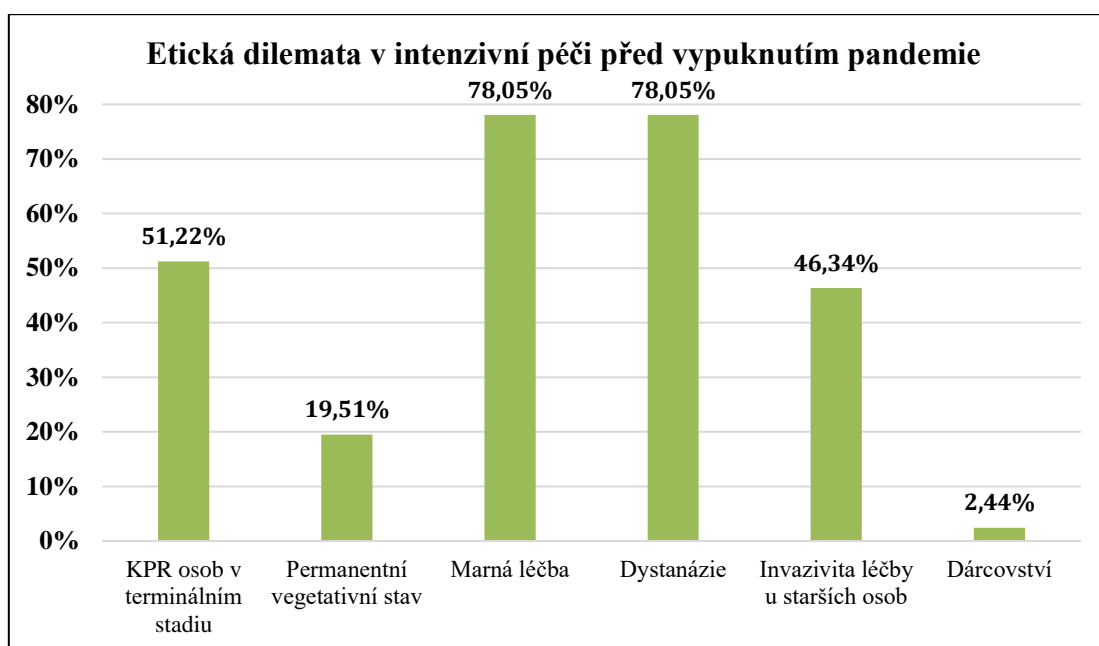
Zdroj: vlastní

Tabulka 8: Etická dilemata v intenzivní péči před vypuknutím pandemie

Etické dilema	Celková četnost etických dilemat (všech 82 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
KPR osob v terminálním stadiu	42	51,22 %
Permanentní vegetativní stav	16	19,51 %
Marná léčba	64	78,05 %
Dystanázie	64	78,05 %
Invazivita léčby u starších osob	38	46,34 %
Dárcovství	2	2,44 %

Zdroj: vlastní

Graf 8: Etická dilemata v intenzivní péči před vypuknutím pandemie



Zdroj: vlastní

V polouzavřené polytomické otázce s možností výběru více odpovědí, otázce číslo 7, mapujeme, s jakými etickými dilematy se zdravotničtí záchranáři setkávají v intenzivní péči. Zjišťujeme četnost jednotlivých etických dilemat. Na otázku č. 8 odpovídalo 82 respondentů. Nejvíce se záchranáři setkávají s etickými dilematy marné léčby a dystanázie, tato dvě dilemata označilo ve svých odpovědích 64 (78,05 %) respondentů. Druhým nejčastějším dilematem v intenzivní péči zvolili zdravotničtí záchranáři KPR osob v terminálním stadiu onemocnění, toto dilema bylo označeno 42 respondenty (51,22 %). Invazivitu léčby u starších osob vybralo 38 (46,34 %) respondentů. 16 (19,51 %) respondentů se setkala s péčí o pacienta v permanentním vegetativním stavu. Problematika

dárcovství orgánů byla nejméně častým etickým dilematem, setkali se s ní pouze 2 (2,44 %) respondenti.

Otázku vyhodnotíme i pro jednotlivá zdravotnická zařízení. *FN Plzeň* přispěla 44 respondenty. 32 (68,18 %) respondentů se setkala s dystanází, 30 (68,18 %) s marnou léčbou, 24 (54,45 %) s KPR osob v terminálním stadiu onemocnění, 16 (36,36 %) s invazivitou léčby u starších osob, 14 (31,81 %) s pacienty v permanentním vegetativním stavu. Problematiku dárcovství orgánů neoznačil žádný respondent z *FN Plzeň*. Z *KKN* jsme získali 30 respondentů, 28 (93,33 %) z nich se setkala s marnou léčbou, 26 (86,67 %) s dystanází, 18 (60 %) s invazivitou léčby u starších osob, 14 (46,66 %) s KPR osob v terminálním stadiu onemocnění, 2 (6,67 %) respondenti se setkali s pacienty v permanentním vegetativním stavu a stejný výsledek má v *KKN* i problematika dárcovství orgánů.

V okresních nemocnicích (*Stodská nemocnice, Klatovská nemocnice*) žádný respondent z 8 neoznačil možnost permanentního vegetativního stavu a dárcovství orgánů, žádný zdravotnický záchranář se s touto problematikou ve *Stodské nemocnici* ani v *Klatovské nemocnici* nesešel. 6 (75 %) respondentů z okresních nemocnic uvedlo ve své odpovědi setkání s dystanází a marnou léčbou, 4 (50 %) s KPR osob v terminálním stadiu onemocnění a invazivitou léčby u starších osob. Otázka č. 7 obsahovala i možnost „jiné“ s prostorem pro vlastní text, žádný z respondentů tuto odpověď nevyplnil.

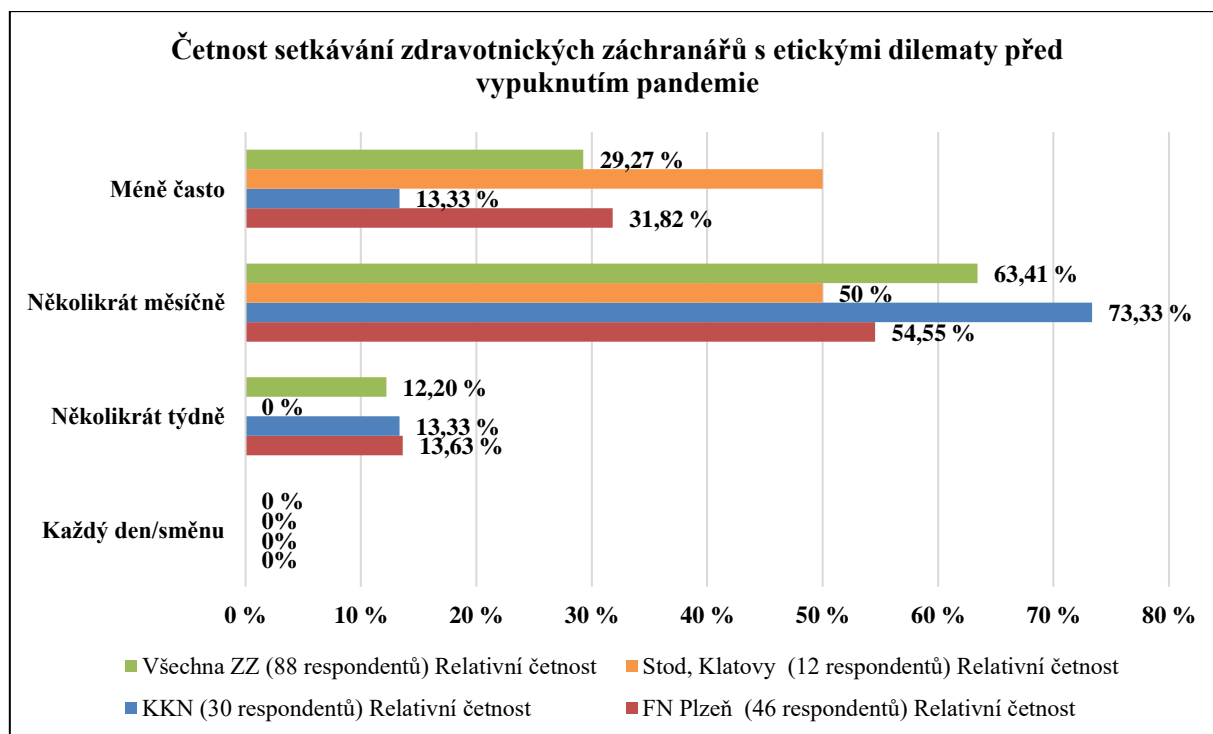
Otázka 8: Pokud jste na otázku č. 6 odpověděli ano, jak často jste se s etickými dilematy před vypuknutím pandemie setkávali?

Tabulka 9: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy před vypuknutím pandemie

Perioda setkání s etickými dilematy	FN Plzeň (44 respondentů)		KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (8 respondentů)		Všechna ZZ (82 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den/směnu	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Několikrát týdně	6	13,63 %	4	13,33 %	0	0 %	10	12,20 %
Několikrát měsíčně	24	54,55 %	22	73,33 %	6	75 %	52	63,41 %
Méně často	14	31,82 %	4	13,33 %	2	25 %	24	29,27 %

Zdroj: vlastní

Graf 9: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy před vypuknutím pandemie



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 8 se zabývá počtem etických dilemat v intenzivní péči. Respondenti ze čtyř možností vybírali, jak často se setkávali s etickými dilematy ve svém zaměstnání před vypuknutím pandemie COVID-19. Žádný záchranář neoznačil, že se s dilematy setkává každý pracovní den nebo směnu. 10 (12,20 %) respondentů udalo, že se s etickými dilematy setkávali několikrát do týdne, několikrát měsíčně udává 52 (63,41 %) respondentů. Méně

často se s dilematy setkávalo 24 respondentů (29,27 %). Ve *FN Plzeň* udalo 6 (13,63 %) respondentů, že se s dilematy setkávali několikrát týdně, 24 (54,55 %) několikrát měsíčně, 14 (30,43 %) méně často. KKN má podobné výsledky: 4 (13,33 %) respondenti se s etickými dilematy setkávali několikrát týdně, 22 (73,33 %) několikrát měsíčně, 4 (13,33 %) dotazování méně často. Ve *Stodské nemocnici* a *Klatovské nemocnici* se záchranáři setkávají s dilematy několikrát měsíčně (6 respondentů, 75 %) nebo méně často (2 respondenti, 25 %).

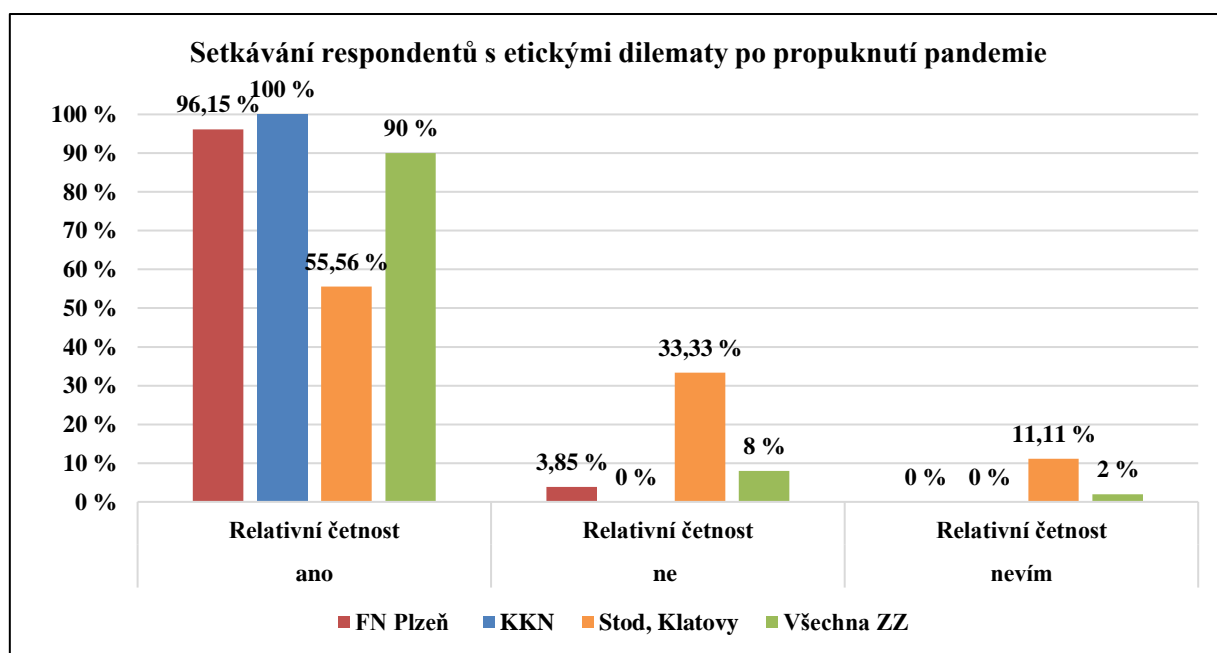
Otázka 9: Setkávali jste se v intenzivní péči s etickými dilematy po propuknutí pandemie COVID-19?

Tabulka 10: Setkávání respondentů s etickými dilematy po propuknutí pandemie

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
FN Plzeň	50	96,15 %	2	3,85 %	0	0 %	52
KKN	30	100 %	0	0 %	0	0 %	30
Stod, Klatovy	10	55,56 %	6	33,33 %	2	11,11 %	18
Všechna ZZ	90	90 %	8	8 %	2	2 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 10: Setkávání respondentů s etickými dilematy po propuknutí pandemie



Zdroj: vlastní

Po propuknutí pandemie COVID-19 se v intenzivní péči dle analýzy otázky č. 9 setkávalo s etickými dilematy 90 (90 %) respondentů z celkového 100. Pouze 8 (8 %) respondentů uvedlo, že se i po propuknutí pandemie s dilematy neseťkává a 2 (2 %) respondenti zaškrtnuli možnost „nevím“. Odpověď „ano“ ve *FN Plzeň* zvolilo 50 (96,15 %) respondentů z 52, „ne“ zvolili pouze 2 (3,85 %), odpověď „nevím“ se ve výsledcích pro *FN Plzeň* nevyskytuje. V *KKN* se všech 30 (100 %) respondentů setkává s etickými dilematy po propuknutí pandemie COVID-19. V *Klatovské nemocnici* a ve *Stodské nemocnici* odpověď „ano“ získala 10 (55,56 %) hlasů, odpověď „ne“ 6 (33,33 %) a „nevím“ (11,11 %), v okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*) odpovídalo celkem 18 záchranářů.

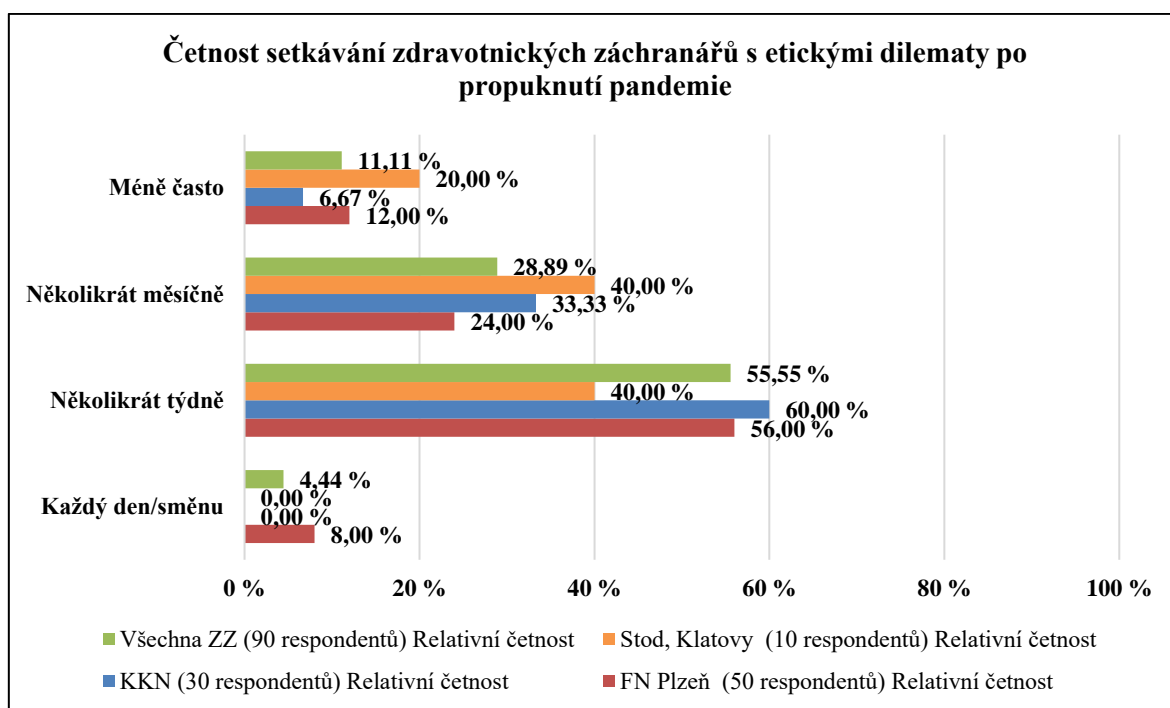
Otázka 10: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jak často jste se s dilematy po propuknutí pandemie COVID-19 setkávali?

Tabulka 11: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy po propuknutí pandemie

Perioda setkání s etickými dilematy	FN Plzeň (50 respondentů)		KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (10 respondentů)		Všechna ZZ (90 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Každý den/směnu	4	8 %	0	0 %	0	0 %	4	4,44 %
Několikrát týdně	28	56 %	18	60 %	4	40 %	50	55,55 %
Několikrát měsíčně	12	24 %	10	33,33 %	4	40 %	26	28,89 %
Méně často	6	12 %	2	6,67 %	2	20 %	10	11,11 %

Zdroj: vlastní

Graf 11: Četnost setkávání dotazovaných s etickými dilematy po propuknutí pandemie



Zdroj: vlastní

Tabulka č. 11 a graf č. 11 odpovídi na otázku číslo 10 zobrazují počet veškerých etických dilemat v intenzivní péči po propuknutí pandemie COVID-19. Zdravotničtí záchranáři byli dotazováni, jak často se s dilematy ve svém zaměstnání setkávají po propuknutí pandemie. Ze všech 90 respondentů se po propuknutí pandemie setkávají 4 (4,44 %) respondenti s etickými dilematy každý pracovní den nebo směnu, 50 respondentů (55,55 %) se setkává několikrát do týdne, 26 (28,89 %) několikrát měsíčně a pouze 10 (11,11 %) méně často. *FN Plzeň* v otázce číslo 10 zastupuje celkem 50 respondentů, z nich 4 (8 %)

udávají, že je etická dilemata po propuknutí pandemie COVID-19 provázejí každým pracovním dnem nebo směnou, 28 (56 %) respondentů dilemata řeší několikrát týdně, 12 (24 %) několikrát měsíčně a 6 (12 %) méně často. KKN přispěla 30 respondenty, nikdo z nich neřeší etické dilema každý den nebo směnu, několikrát týdně se s dilematy setkává 18 (60 %) respondentů, několikrát měsíčně 10 (33,33 %) a méně často 2 (6,67 %) respondenti. V okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*) jsou výsledky následující: možnost „každý den/směnu“ nezaškrtl žádný respondent, 4 (40 %) respondenti zaškrtili možnost „několikrát týdně“, stejně tak možnost „několikrát měsíčně“ a 2 (20 %) respondenti označili možnost „méně často“.

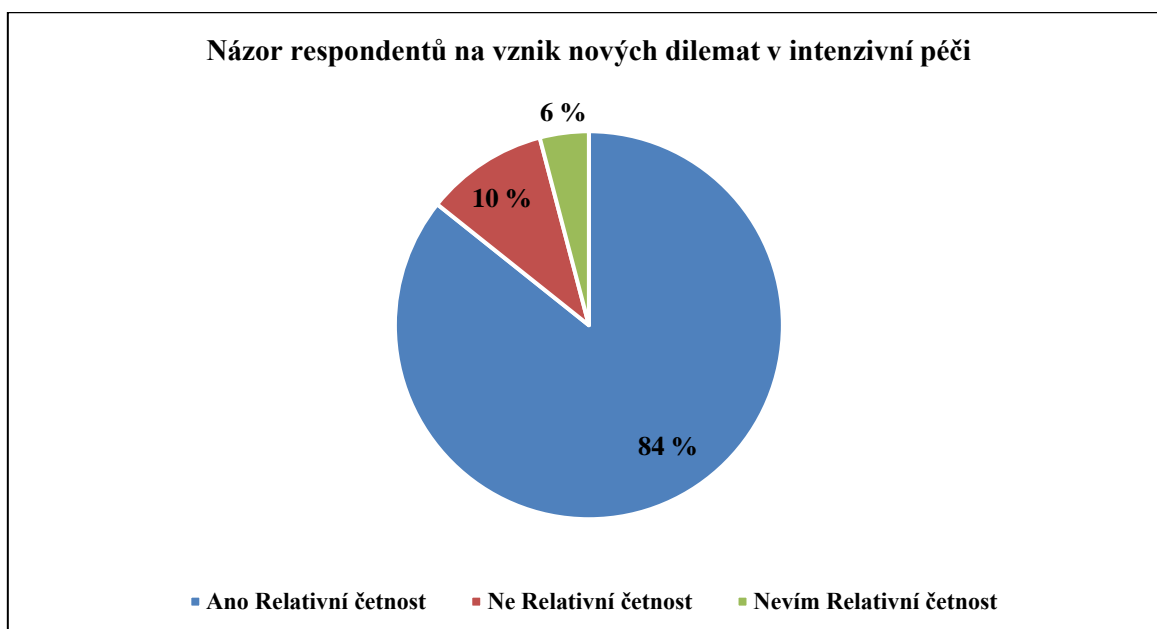
Otázka 11: Myslíte si, že pandemie COVID-19 vnesla do intenzivní péče nová etická dilemata/problémy?

Tabulka 12: Názor respondentů na vznik nových dilemat v intenzivní péči

Počet respondentů	Ano		Ne		Nevím	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
100	84	84 %	10	10 %	6	6 %

Zdroj: vlastní

Graf 12: Názor respondentů na vznik nových dilemat v intenzivní péči



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 11 se zabývá postojem dotazovaných zdravotnických záchranářů ke vzniku nových etických dilemat společně s příchodem pandemie COVID-19. V otázce číslo 11 výrazně převážila odpověď „ano“, pandemie vnesla do intenzivní péče nová etická dilemata nebo problémy, a to u 84 (84 %) respondentů. „Ne“ zaškrtnulo pouze 10 (10 %) respondentů. 6 (6 %) respondentů nemělo na otázku žádný názor, označili „nevím“.

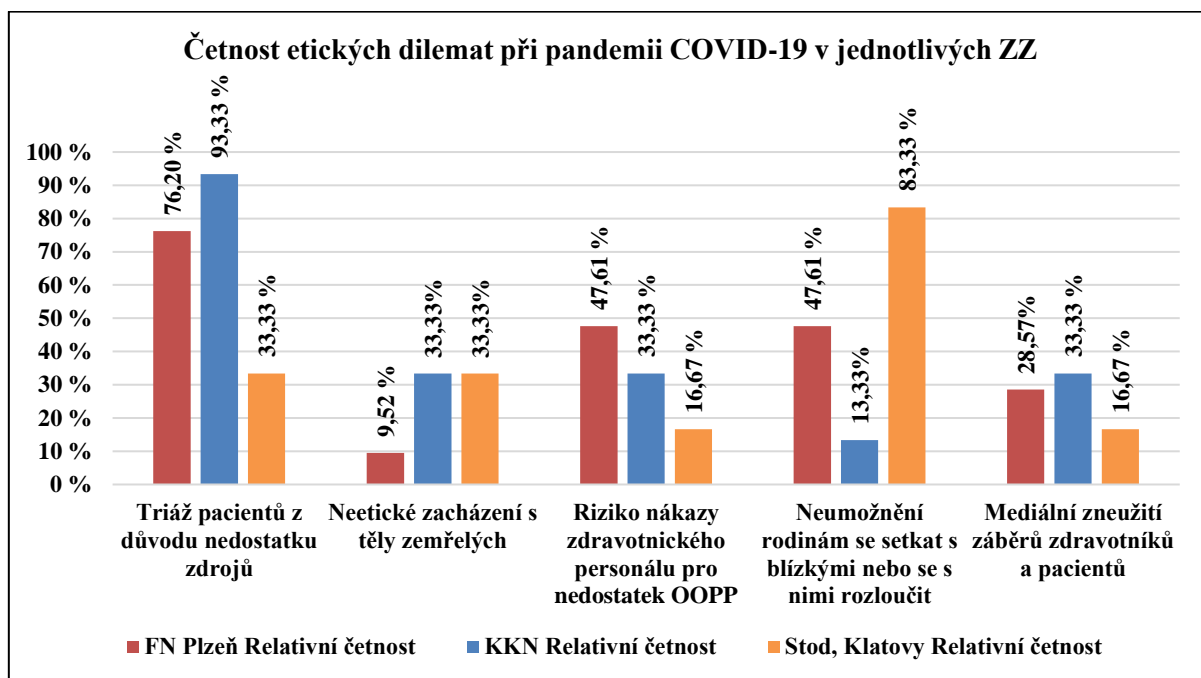
Otázka 12: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaká dilemata/problémy to podle Vás byly?

Tabulka 13: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19 v jednotlivých ZZ

Etické dilema	FN Plzeň (42 respondentů)		KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (12 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Triáž pacientů z důvodu nedostatku zdrojů	32	76,20 %	28	93,33 %	4	33,33 %
Neetické zacházení s těly zemřelých	4	9,52 %	10	33,33 %	4	33,33 %
Riziko nákazy zdravotnického personálu pro nedostatek OOPP	20	47,61 %	10	33,33 %	2	16,67 %
Neumožnění rodinám se setkat s blízkými nebo se s nimi rozloučit	20	47,61 %	4	13,33 %	10	83,33 %
Mediální zneužití záběrů zdravotníků a pacientů	12	28,57 %	10	33,33 %	2	16,67 %

Zdroj: vlastní

Graf 13: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19 v jednotlivých ZZ



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 12 se zabývá nově vzniklými etickými dilematy v důsledku pandemie COVID-19 konkrétně. Snažím se zjistit, jaká etická dilemata sužují intenzivní péči od příchodu pandemie. Záchranáři, kteří se zúčastnili výzkumu, byli postaveni před polouzavřenou polytomickou otázkou s možností výběru více odpovědí. Respondenti mohli zaškrtnout až šest odpovědí, pět z nich představovala potenciální základní etická dilemata vyvstalá společně s pandemií. Poslední možností byla volba „jiné“, kam mohli dotazovaní vepsat vlastní názor. Možnost „jiné“ žádný respondent v otázce 12 nevybral.

Výsledky pro jednotlivá zdravotnická zařízení vypadají následovně:

Ve *FN Plzeň* nejvíce respondentů zahrnuje ve své odpovědi triáž pacientů z nedostatku zdrojů, a to 32 respondentů (76,20 %) ze 42, v KKN to bylo 28 respondentů (93,33 %) ze 30 a v okresních nemocnicích 4 respondenti (33,33 %) z 12.

Neetické zacházení s těly zemřelých volili ve *FN Plzeň* pouze 4 (9,52 %) respondenti, v KKN 10 (33,33 %) respondentů a v okresních nemocnicích 4 (33,33 %) dotazovaní.

Riziko nákazy zdravotníků se zopakovalo v odpovědi 20 (47,61 %) respondentů z *FN Plzeň*, 10 (33,33 %) z KKN a 2 (16,67 %) z okresních nemocnic (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*)

Problematika zákazu návštěv se měla v IP po příchodu pandemie COVID-19 jako etické dilema objevit podle 20 (47,61 %) záchranářů z *FN Plzeň*, 4 (13,33 %) z KKN a 10 (83,33 %) z okresních nemocnic (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*).

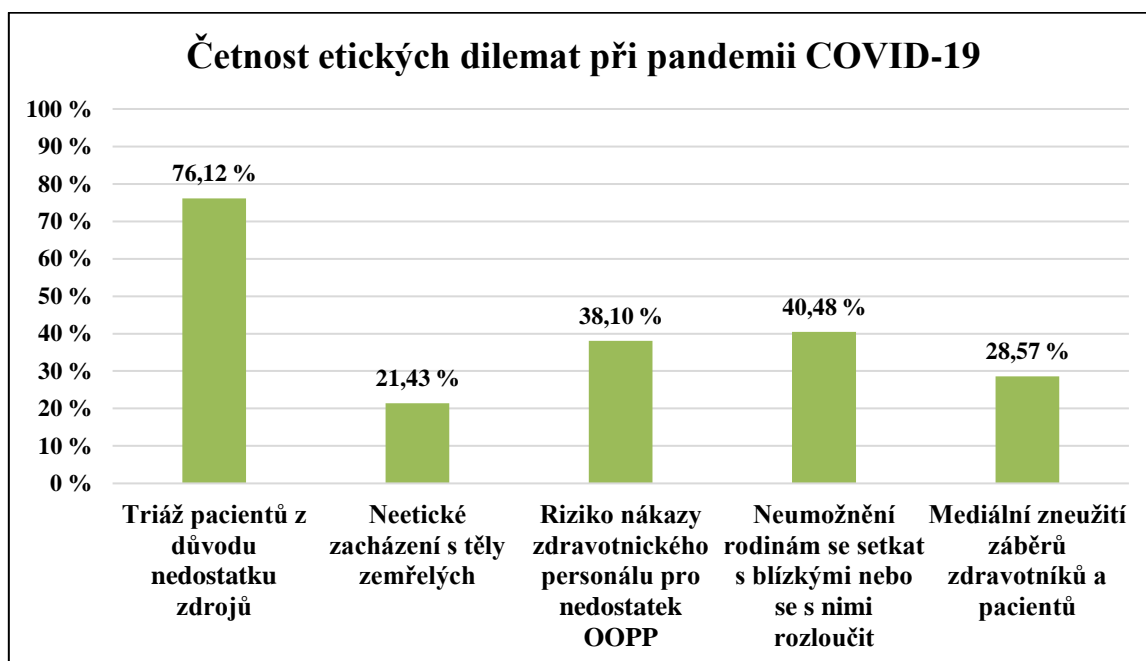
Mediální zneužití záběrů z nemocnic za novou etickou otázku považuje 12 (28,57 %) respondentů z *FN Plzeň*, 10 (33,33 %) z KKN a 2 (16,667 %) z okresních nemocnic.

Tabulka 14: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19

Etické dilema	Celková četnost etických dilemat po propuknutí pandemie (84 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Triáž pacientů z důvodu nedostatku zdrojů	64	76,12 %
Neetické zacházení s těly zemřelých	18	21,43 %
Riziko nákazy zdravotnického personálu pro nedostatek OOPP	32	38,1 %
Neumožnění rodinám se setkat s blízkými nebo se s nimi rozloučit	34	40,48 %
Mediální zneužití záběrů zdravotníků a pacientů	24	28,57 %

Zdroj: vlastní

Graf 14: Četnost etických dilemat při pandemii COVID-19



Zdroj: vlastní

Nejpalčivějším etickým dilematem vyvstalým společně s pandemií je podle celkových výsledků otázky č. 12 třídění pacientů z důvodu nedostatku zdrojů (třídění zaškrtno 64 respondentů ze 100; 76,12 %). Jiných 34 (40,48 %) respondentů si myslí, že kvůli šíření onemocnění COVID-19 a zákazu návštěv nebylo umožněno rodinám setkat se s blízkými nebo se s nimi rozloučit. Někteří zdravotničtí záchranáři (32 respondentů; 38,1 %) se domnívají, že se zdravotníci dostávali do rizika nákazy Coronavirem. Podle 24 (28,57 %) respondentů docházelo i k mediálnímu zneužívání záběrů zdravotníků nebo pacientů

z covidových oddělení. 18 (21,43 %) respondentů zaškrtnulo neetické zacházení s těly zemřelých. Mimo předepsané odpovědi v otázce číslo 12 existovala možnost zaškrtnutí odpovědi „jiné“ s možností vepsat vlastní odpověď. Nikdo z dotazovaných toho nevyužil.

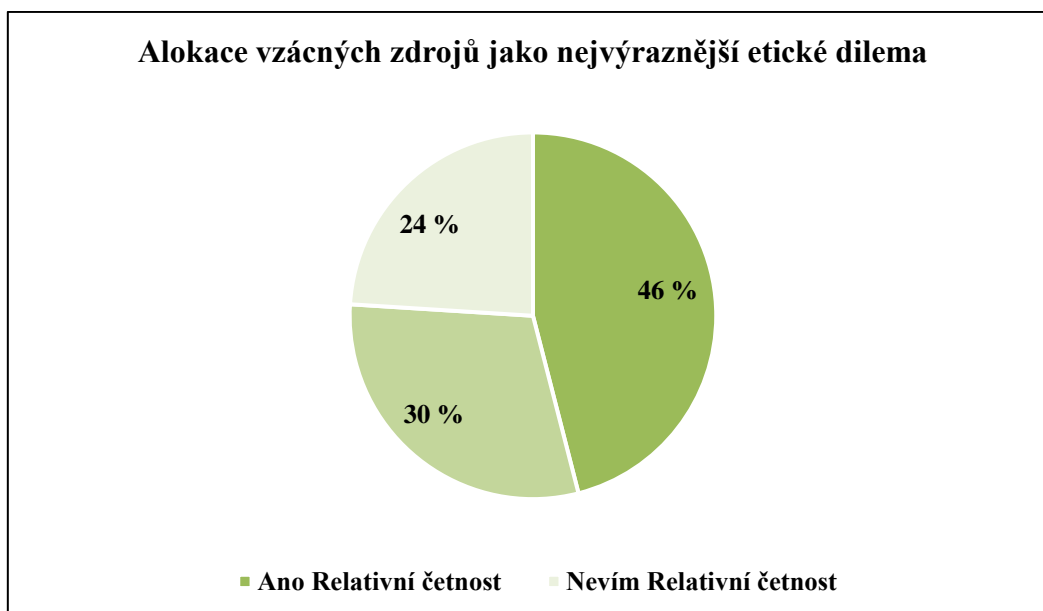
Otázka 13: Myslíte si, že nejvýraznějším etickým dilematem/problémem pandemie Covid-19 v intenzivní péči byla alokace vzácných zdrojů?

Tabulka 15: Alokační vzácných zdrojů jako nejvýraznější etické dilema

Počet respondentů	Ano		Ne		Nevím	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
100	46	46 %	30	30 %	24	24 %

Zdroj: vlastní

Graf 15: Alokační vzácných zdrojů jako nejvýraznější etické dilema



Zdroj: vlastní

Výsledky otázky číslo 13 zobrazují názory zdravotnických záchranářů k etickému dilematu alokace vzácných zdrojů. V otázce 13 se ptáme, zda alokaci vzácných zdrojů považují dotazovaní zdravotničtí záchranáři za dominantní etické dilema. 46 (46 %) respondentů ze 100 zastává názor, že alokace vzácných zdrojů doopravdy zastupuje nejpalčivější etické dilema pandemie COVID-19. Naopak 30 (30 %) respondentů alokaci nepovažuje za dominantní etické dilema a 24 (24 %) respondentů neví.

Otázka 14: Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, jaké jiné etické dilema to podle Vás bylo?

Otevřenou otázku číslo 14 zodpovědělo celkem 30 zdravotnických záchranářů, kteří se neztotožňovali s názorem, že by dominantu etických dilemat představovala alokace vzácných zdrojů. Většina z nich považovala za zásadnější etické dilema distancii a marnou léčbu i v průběhu pandemie. Některé zdravotnické záchranáře zasáhla problematika zákazu návštěv, ti ale byli pouze 4. Zajímavé také je, že v KKN všichni respondenti bez výjimky považují alokaci vzácných zdrojů za nejpálčivější etické dilema, a tak žádný z nich nezodpovídal otázku číslo 14. Další zdravotničtí záchranáři v otázce číslo 14 poukázali na personální nedostatky ve zdravotnictví, a to nejen během pandemie COVID-19. Zde citujeme jeden z postojů nejmenovaného zdravotnického záchranáře zaměstnaného na urgentním příjmu FN Plzeň k hlavnímu etickému dilematu pandemie COVID-19: *„Práce v COVID režimu na UP jede v režimu nejnnutnější ošetření, pacienti v izolaci nesmějí být s ostatními pacienty, tudíž mají vyhraněný izolační pokoj, to je ale na úkor sestry, která musí odejít z Akutní zóny nebo z ambulance a tam chybí. A naopak, když se vrací, tak pacient musí zůstat sám. Ve zkratce péče o COVID pacienty na UP způsobuje **nedostatek personálu**. Na druhou stranu tito pacienti přicházejí nárazově a za celý den nemusí být jediná izolace a v tom případě by člověk navíc byl zbytečný. Je to celkové složitě řešitelná problematika.“*

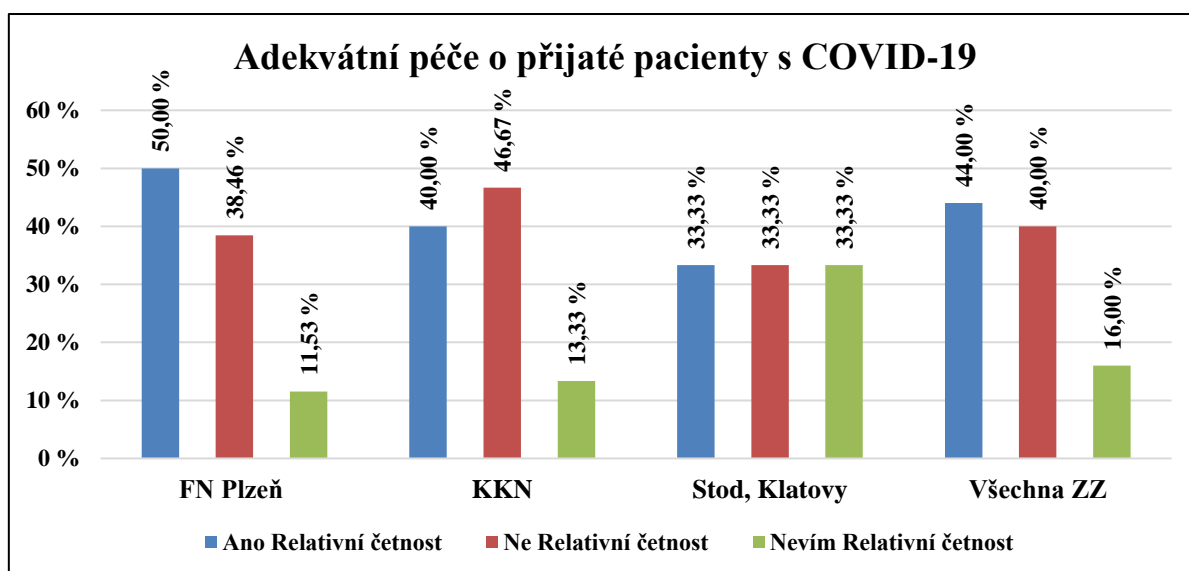
Otázka 15: Bylo možné poskytnout každému přijatému COVID-19 pozitivnímu pacientovi adekvátní péči k jeho stavu?

Tabulka 16: Adekvátní péče o přijaté pacienty s COVID-19

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
FN Plzeň	26	50 %	20	38,46 %	6	11,53 %	52
KKN	12	40 %	14	46,67 %	4	13,33 %	30
Stod, Klatovy	6	33,33 %	6	33,33 %	6	33,33 %	18
Všechna ZZ	44	44 %	40	40 %	16	16 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 16: Adekvátní péče o přijaté pacienty s COVID-19



Zdroj: vlastní

V otázce číslo 15 zjišťujeme, zda byla podle zdravotnických záchranářů poskytnuta adekvátní péče každému přijatému COVID-19 pozitivnímu pacientovi dle jeho stavu. 44 (44 %) respondentů si myslí, že ano, byla poskytnuta adekvátní péče, 40 (40 %) si myslí, že ne. 16 (16 %) respondentů neví.

Ve *FN Plzeň* byla respondenty nejčastěji volena odpověď „ano“, zvolilo ji 26 (50 %) respondentů z 52. Odpověď „ne“ se zopakovala 20krát (38,46 %). Zda bylo možné poskytnout adekvátní péči ve *FN Plzeň* neví 6 (11,53 %) respondentů.

Oproti *FN Plzeň* v *KKN* má drobnou převahu odpověď „ne“, nebylo možné poskytnout adekvátní péči, tu zvolilo 14 (46,67 %) respondentů z 30. „Ano“ zaškrtnulo 12 (40 %) respondentů a „nevím“ 4 (13,33 %) respondenti.

Skóre jednotlivých odpovědí v okresních nemocnicích je totožné, každou zvolilo 6 (33,33 %) respondentů.

Otázka 16 (neodpovídá FN Plzeň): Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, podle jakých kritérií většinou lékaři rozhodovali o tom, komu bude poskytnuta plná terapie a komu pouze omezená vzhledem k nedostatku zdrojů?

Tabulka 17: Kritéria k rozhodování o poskytnutí péče

Kritéria rozhodnutí	KKN a okresní nemocnice (20 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věk	10	50 %
BMI	4	20 %
Kvalita předchozího života	2	10 %
Zdravotní stav	18	90 %
Prognóza	12	60 %

Zdroj: vlastní

Graf 17: Kritéria k rozhodování o poskytnutí péče



Zdroj: vlastní

Otázku číslo 16 nezahrnoval dotazník připravený pro výzkum ve FN Plzeň. Výsledky proto zohledňují pouze odpovědi z KKN a okresních nemocnic (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*). V otázce č. 16 jsme se zabývali kritérii k rozhodování o poskytnutí adekvátní léčby k pacientově stavu za nedostatku zdrojů. Zjistili jsme, které faktory rozhodly o tom, komu z nemocných bude poskytnut vzácný zdroj a plná léčba. Dle dotazovaných zdravotnických záchranářů rozhodnutí lékařů o poskytnutí plné léčby záviselo na celkovém zdravotním stavu pacienta (18 respondentů; 90 %), na prognóze (12;60 %), na věku (10;50 %), na BMI (4;20 %) a na kvalitě předchozího života pacientů (2;10 %). Záchranáři odpovídali volbou 1 až 5 možných odpovědí. Mimo předepsané odpovědi v otázce č. 16 existovala možnost zaškrtnutí odpovědi „jiné“, která umožňovala vepsat vlastní odpověď. Nikdo z dotazovaných možnost „jiné“ nevyplnil.

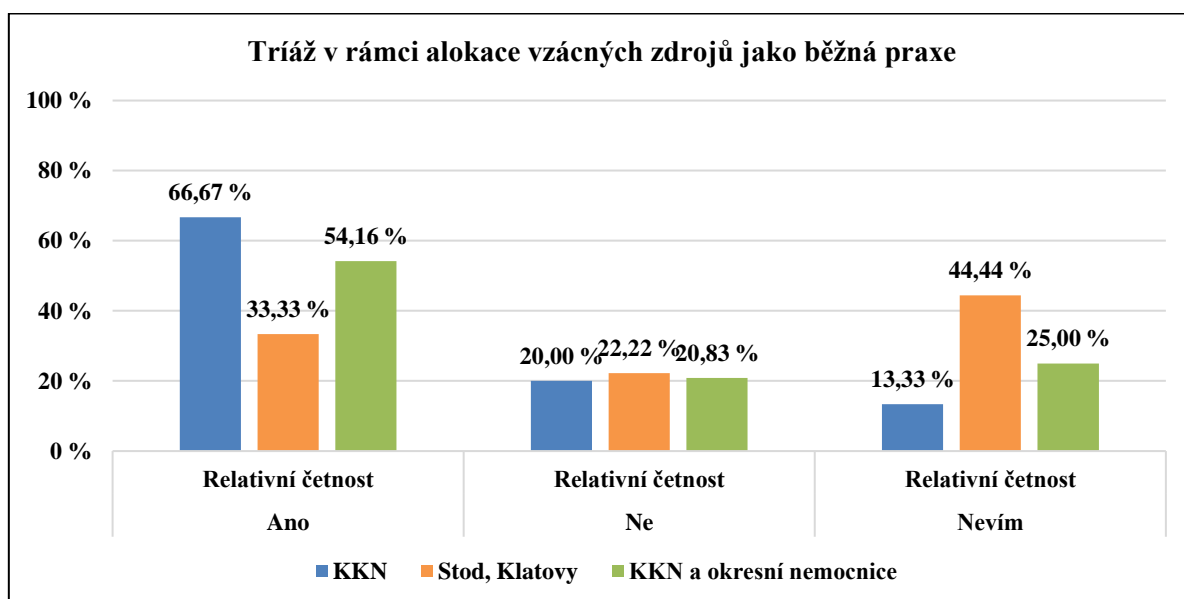
Otázka 17 (neodpovídá FN Plzeň): Stala se podle Vás triáž pacientů v rámci alokace vzácných zdrojů během pandemie běžnou praxí?

Tabulka 18: Triáž v rámci alokace vzácných zdrojů jako běžná praxe

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
KKN	20	66,67 %	6	20 %	4	13,33 %	30
Stod, Klatovy	6	33,33 %	4	22,22 %	8	44,44 %	18
KKN a okresní nemocnice	26	54,16 %	10	20,83 %	12	25 %	48

Zdroj: vlastní

Graf 18: Triáž v rámci alokace vzácných zdrojů jako běžná praxe



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 17 se zabývá triáží pacientů v rámci alokace vzácných zdrojů. Řeší, zda se triáž stala každodenní součástí intenzivní péče. Otázka opět nebyla kladena zdravotnickým záchranářům z FN Plzeň.

V KKN s 30 respondenty 20 (66,67 %) z nich má pocit, že triáž pacientů v rámci alokace vzácných zdrojů představuje každodenní běžnou záležitost, 6 (20 %) respondentů podobný pocit nemá, zbylí 4 respondenti (13,33 %) odpověděli, že neví.

U záchranářů z okresní nemocnice s 18 respondenty převážila možnost „nevím“ (8; 44,44 %). Možnost „ano“ zvolilo 6 (33,33 %) dotazovaných záchranářů, možnost „ne“ zaškrtnuli 4 (22,22 %).

Celkově je nejčtenější odpověď vyjadřující souhlas s tím, že se triáž v rámci alokace vzácných zdrojů stala běžnou součástí intenzivní péče (26 respondentů; 54,16 %). 10 (20,83 %) respondentů si nemyslí, že triáž lze považovat za každodenní záležitost intenzivní péče při pandemii a 12 (25 %) respondentů neví.

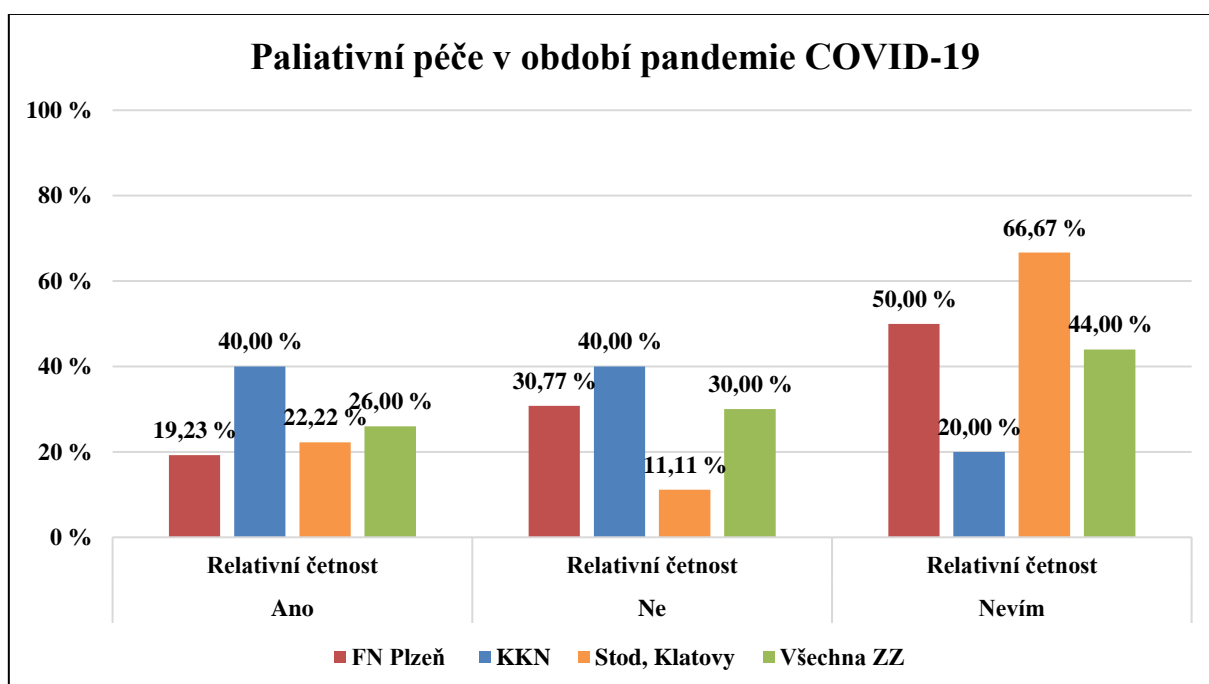
Otázka 18 (16 v dotazníku pro FN Plzeň): Je podle Vašich zkušeností pravda, že paliativní péče byla v období pandemie poskytována v plném rozsahu stejně jako v období před pandemií a nebyla nijak modifikována, např. nedostatkem volných lůžek a jejich urgentní potřebou?

Tabulka 19: Paliativní péče v období pandemie COVID-19

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
FN Plzeň	10	19,23 %	16	30,77 %	26	50 %	52
KKN	12	40 %	12	40 %	6	20 %	30
Stod, Klatovy	4	22,22 %	2	11,11 %	12	66,67 %	18
Všechna ZZ	26	26 %	30	30 %	44	44 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 19: Paliativní péče v období pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 18 se zabývá paliativní péčí během pandemie COVID-19. Vycházíme z předpokladu, že všeobecný nedostatek lůžek mohl péči o umírající omezit či jinak modifikovat oproti běžnému režimu. Výsledky otázky číslo 18 jsou rozporuplné – 44 (44 %) respondentů neví, zda pandemie negativně ovlivnila paliativní péči, 30 (30 %) respondentů zastává názor, že paliativní péče byla vlivy pandemie modifikována a nebyla poskytována v takovém rozsahu jako za běžného režimu. 26 (26 %) respondentů nezaznamenalo jakékoli změny v poskytování paliativní péče.

Postoje zdravotnických záchranářů z *FN Plzeň* (52 respondentů) jsou následující: paliativní péče byla poskytována v plném rozsahu – 10 (19,23 %) respondentů, paliativní péče byla omezená (16; 30,77 %) respondentů, bez postoje 26 (50 %) respondentů.

V KKN se 12 (40 % respondentů) přiklání k názoru, že paliativní péče byla omezena pandemií COVID-19, stejně velká část respondentů tento názor naopak popírá, 6 (20 %) respondentů nemá žádný názor na otázku paliativní péče během pandemie.

V okresních nemocnicích vítězí odpověď „nevím“ s 12 (66,67 %) respondenty. 4 záchranáři si myslí, že se paliativní péče v období pandemie nezměnila a 2 (11,11 %) si myslí, že byla omezená.

Otázka 19 (17 v dotazníku pro FN Plzeň): Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, jak se paliativní péče v době pandemie změnila a co ji ovlivnilo?

Otevřená otázka číslo 19 dává zdravotnickým záchranářům, jež v předchozí otázce odpověděli ne, prostor vyjádřit svůj názor ohledně problematiky paliativní péče v období pandemie COVID-19. Otázka číslo 19 umožňovala volně vepsat vlastní postoj.

Téměř všechny odpovědi, názory v otázce číslo 19 se shodují. Paliativní péče byla upozaděna a omezena nedostatkem sil a prostředků. Nyní citujeme vždy jednu odpověď z každého zdravotnického zařízení, ze kterého byly získány volné odpovědi na otázku „Jak se paliativní péče v době pandemie změnila a co ji ovlivnilo?“:

*„Nedostatek míst, času a zdravotníků, omezená veškerá péče mimo COVID.“
(Zdravotnický záchranář, FN Plzeň)*

„Často nebyl prostor na důstojné odcházení. Ovlivnilo ji nedostatek personálu, prostorů, vyčerpání zaměstnanců.“ (Zdravotnický záchranář, KKN)

„V naší republice byla paliativní péče tzv. v plenkách ještě před vypuknutím pandemie. Během pandemie (čehož jsem byl svědkem) se omezila většinou pouze na kontinuální podání morfinu a zadržovanou léčbu.“ (Zdravotnický záchranář, Nemocnice Klatovy)“

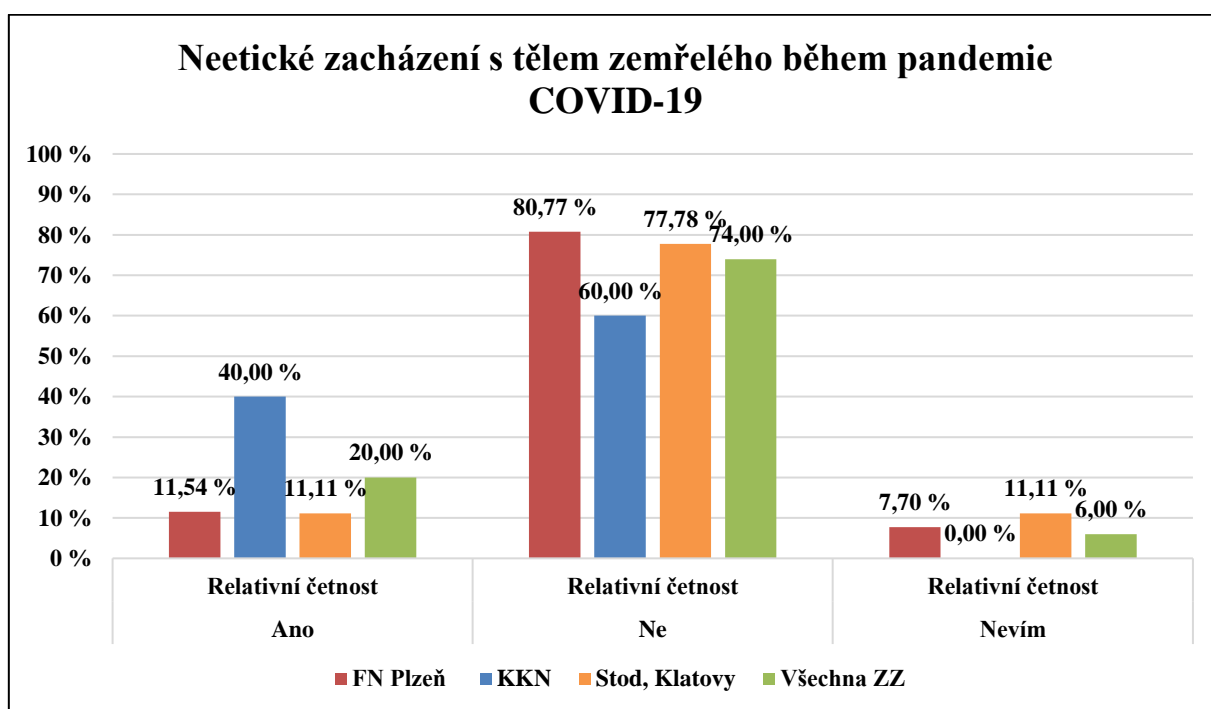
Otázka 20 (18 v dotazníku pro FN Plzeň): Setkali jste se během pandemie s neetickým zacházením s tělem zemřelého? Např. nedokonalá posmrtná péče vlivem nedostatku volných lůžek a jejich urgentní potřeby?

Tabulka 20: Neetické zacházení s tělem zemřelého během pandemie COVID-19

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
FN Plzeň	6	11,54 %	42	80,77 %	4	7,70 %	52
KKN	12	40 %	18	60 %	0	0 %	30
Stod, Klatovy	2	11,11 %	14	77,78 %	2	11,11 %	18
Všechna ZZ	20	20 %	74	74 %	6	6 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 20: Neetické zacházení s tělem zemřelého během pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Nedostatek sil a prostředků se během pandemie mohl odrazit i v posmrtné péči. Tuto problematiku zkoumá otázka číslo 20 (pro FN Plzeň číslo 18). Tážeme se, zda docházelo k nedokonalé nebo omezené posmrtné péči, např. vlivem tlaku na lůžka a jejich nedostatkem. V celkových výsledcích (ze 100 respondentů a ve všech zdravotnických zařízeních) převážil názor, že k omezení posmrtné péče nedocházelo. S názorem se ztotožnilo 74 (74 %) dotazovaných, neztotožňuje se 20 (20 %) a 6 (6 %) zdravotníků nemá na otázku žádný názor.

Ve *FN Plzeň* udává 42 (80,77 %) dotazovaných, že posmrtná péče probíhala stejně jako v běžném režimu, 6 (11,54 %) tvrdí opak, 4 (7,70 %) neví.

Odpovědi z KKN jsou rozděleny následovně: 12 (40 %) dotazovaných se setkala s nedokonalou posmrtnou péčí poskytovanou pacientům, 18 (60 %) se s nedokonalou posmrtnou péčí nesetkalo.

V okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*) dominuje názor, že posmrtná péče byla v období pandemie stejně kvalitní jako před jejím vypuknutím, s tímto se ztotožňuje 14 (77,78 %) respondentů, pouze 2 dotazovaní (11,11 %) jsou s nimi v rozporu, zbylí 2 (11,11 %) zaškrtnuli odpověď „nevím“.

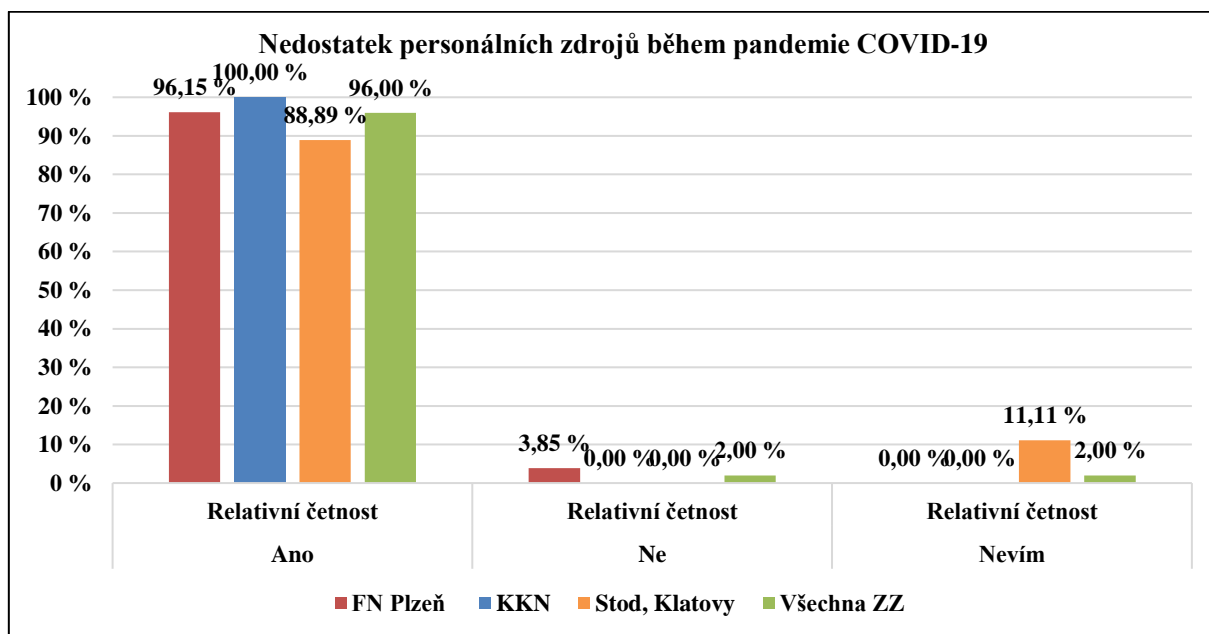
Otázka 21 (19 v dotazníku pro FN Plzeň): Myslíte si nebo máte zkušenost s tím, že během pandemie nedocházelo pouze k nedostatku zdrojů materiálních, ale i personálních?

Tabulka 21: Nedostatek personálních zdrojů během pandemie COVID-19

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
FN Plzeň	50	96,15 %	2	3,85 %	0	0 %	52
KKN	30	100 %	0	0 %	0	0 %	30
Stod, Klatovy	16	88,89 %	0	0 %	2	11,11 %	18
Všechna ZZ	96	96 %	2	2 %	2	2 %	100

Zdroj: vlastní

Graf 21: Nedostatek personálních zdrojů během pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Výsledky otázky číslo 21 (19 pro FN Plzeň) jsou jednoznačné. Pandemie ještě více zvýraznila personální nedostatky ve zdravotnictví. Z celého 100 respondentů si pouze 2 (2 %) dotazovaní (FN Plzeň) nemyslí, že během pandemie docházelo k personálním nedostatkům, další 2 (2 %) dotazovaní z okresních nemocnic (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*) neví, zda se během pandemie nedostatek personálních zdrojů projevil. 96 (96 %) dotazovaných zdravotnických záchranářů potvrzuje, že personální nedostatek představoval během pandemie významný problém.

Otázka 22 (20 v dotazníku pro FN Plzeň): Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jak se tento nedostatek projevil? (můžete vybrat více odpovědí)

Připravené možnosti odpovědí k otázce č. 22 jsou příliš dlouhé pro vytvoření tabulky. Předkládáme tudíž jejich plné znění jako prostý text a jednotlivé odpovědi číslujeme. V tabulce jsou možnosti uvedeny ve formátu „odpověď 1, odpověď 2...“

Možnosti odpovědí k otázce číslo 22 (20 pro FN Plzeň) – personální nedostatek se projevil takto:

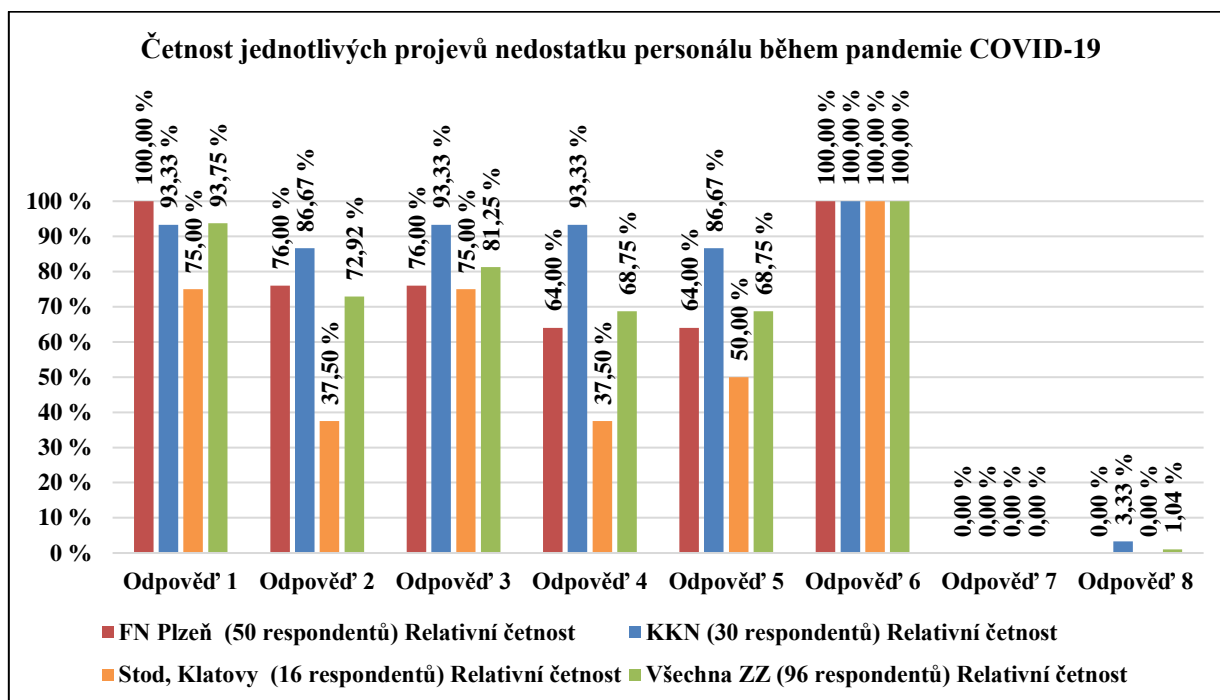
1. Navýšením počtu směn oproti normálu
2. Stouply pracovní nároky na zdravotnické záchranáře, např. se během směny museli starat o více pacientů než za běžného režimu.
3. Personální zabezpečení z běžných režimů JIPů nebylo po přechodu na „Covidový JIP“ dostatečné a museli vypomáhat kolegové z jiných oddělení.
4. Stoupla úroveň stresu na pracovišti.
5. Nebylo možné poskytnout ošetrovatelskou péči na takové úrovni jako v běžném režimu.
6. Zrušené dovolené
7. Neprojevilo se nijak
8. Jiné: vlastní odpověď

Tabulka 22: Četnost projevů nedostatku personálu během pandemie COVID-19

Projev nedostatku personálu	FN Plzeň (50 respondentů)		KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (16 respondentů)		Všechna ZZ (96 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď 1	50	100 %	28	93,33 %	12	75 %	90	93,75 %
Odpověď 2	38	76 %	26	86,67 %	6	37,5 %	70	72,92 %
Odpověď 3	38	76 %	28	93,33 %	12	75 %	78	81,25 %
Odpověď 4	32	64 %	28	93,33 %	6	37,5 %	66	68,75 %
Odpověď 5	32	64 %	26	86,67 %	8	50 %	66	68,75 %
Odpověď 6	50	100 %	30	100 %	16	100 %	96	100 %
Odpověď 7	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Odpověď 8	0	0 %	1	3,33 %	0	0 %	1	1,04 %

Zdroj: vlastní

Graf 22: Četnost projevů nedostatku personálu během pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 22 mapuje konkrétní dopady nedostatku personálu v intenzivní péči v průběhu pandemie COVID-19. Po vyfiltrování respondentů předchozí otázkou jsme pro aktuální dotaz č. 22 získali 96 odpovídajících. Všem dotazovaným byla v důsledku personálních nedostatků během pandemie zrušená dovolená a všichni respondenti si myslí, že se nedostatek personálu určitě nějak projevil (odpovědi 6 a 7). 90 (93,75 %) dotazovaným byl navýšen počet směn během pandemie oproti klasickému pracovnímu režimu. 78 (81,25 %) záchranářů udává, že personální nedostatky musely být kompenzovány výpomocí kolegů z jiných oddělení. O tom, že stouply pracovní nároky a zdravotničtí záchranáři se museli starat o větší počet pacientů během směny než za běžného režimu, také není dle výsledků otázky 22 pochyb – 70 (72,92 %) dotazovaných s tím souhlasí. Odpovědi 4 (zvýšená úroveň stresu na pracovišti) a 5 (omezená ošetrovatelská péče) získaly 66 (68,75 %) hlasů od dotazovaných záchranářů. 1 (1,04 %) z respondentů vyjádřil vlastní názor v odpovědi „jiné“, byl jím nejmenovaný záchranář z KKN a jeho postoj cituji: „Nedostatek personálu se projevil psychickým, fyzickým vyčerpáním a následným dopadem na rodiny.“

Výsledky pro FN Plzeň jsou následující: Odpověď 1 (více směn) zaškrtnulo všech 50 (100 %) respondentů, odpověď 2 (zvýšené pracovní nároky) 38 (76 %), odpověď 3 (výpomoc z jiných oddělení) taktéž 38 (76 %), odpověď 4 a 5 (více stresu, omezené péče) 32 (64 %), odpověď 6 (zrušené dovolené) 50 (100 %), odpověď 7 (nedostatek personálu se

nijak neprojevil) nezaškrtl žádný respondent a nikdo nevypisoval vlastní názor možnosti „jiné“.

Zdravotničtí záchranáři z KKN odpovídali obdobně jako ti z plzeňské fakultní nemocnice. Odpověď 1 (více směn) volilo 28 (93,33 %) dotazovaných, odpověď 2 (zvýšené pracovní nároky) 26 (86,67 %), odpověď 3 a 4 (výpomoc z jiných oddělení, více stresu) 28 (93,33 %), odpověď 5 (omezená péče) 26 (86,67 %), odpověď 6 (zrušené dovolené) 30 (100 %), odpověď 7 (nedostatek personálu se nijak neprojevil) nevolil žádný respondent a 1 (3,33 %) zdravotnický záchranář vyjádřil svůj vlastní názor v odpovědi „jiné“, názor jsme již prezentovali.

V okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*) se všechny potíže zapříčiněné nedostatkem personálu také vyskytovaly, ale jejich míra byla o něco málo nižší. S odpovědí 1 (více směn) se ztotožnilo 12 (75 %) respondentů, s odpovědí 2 (zvýšené pracovní nároky) 6 (37,5 %), s odpovědí 3 (výpomoc z jiných oddělení) opět 12 (75 %), se 4. odpovědí (více stresu) 6 (37,5 %), s odpovědí 5 (omezená péče) 8 (50 %), s odpovědí 6 (zrušené dovolené) 16 (100 %), odpověď 7 (nedostatek personálu se nijak neprojevil) nezaškrtl žádný respondent, stejně tak nikdo nezaškrtl možnost „jiné“.

Otázka 23 (neodpovídá FN Plzeň): Během pandemie jste se častěji museli starat o pacienty s marnou léčbou, zvládali jste se o takové pacienty starat se stejnou motivací a poskytnout jim stejně důslednou ošetrovatelskou péči jako pacientům s příznivou prognózou?

Pro délku připravených odpovědí k otázce 23 opět uvedeme jejich plné znění do textu.

Možnosti odpovědí k otázce číslo 23:

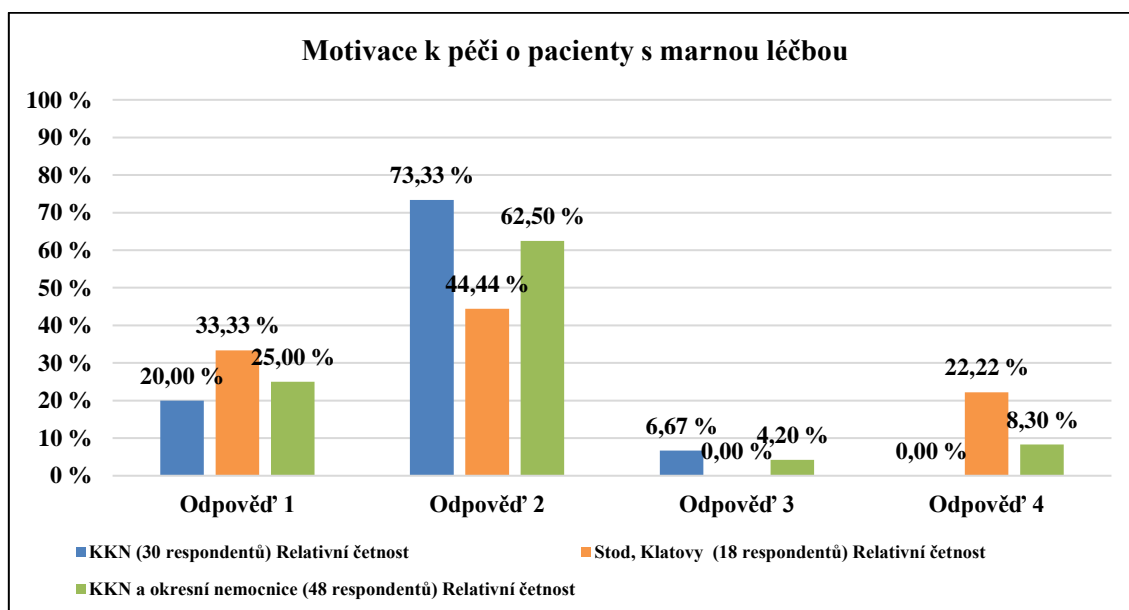
1. Ano, má motivace i péče se nezměnily.
2. Zvládal/zvládala jsem takovému pacientovi poskytovat stejnou péči, ale má motivace klesla.
3. Ne, nezvládala jsem poskytovat stejnou péči, moje motivace klesla.
4. Jiné

Tabulka 23: Motivace k péči o pacienty s marnou léčbou

Péče	KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (18 respondentů)		KKN a okresní nemocnice (48 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď 1	6	20 %	6	33,33 %	12	25 %
Odpověď 2	22	73,33 %	8	44,44 %	30	62,5 %
Odpověď 3	2	6,67 %	0	0 %	2	4,2 %
Odpověď 4	0	0 %	4	22,22 %	4	8,3 %

Zdroj: vlastní

Graf 23: Motivace k péči o pacienty s marnou léčbou



Zdroj: vlastní

Pacientů s marnou léčbou během pandemie COVID-19 přibylo. Jaká je motivace a péče zdravotníků o takové pacienty? Otázka číslo 23 se nám snaží tuto otázku zodpovědět. Nejvíce zdravotnických záchranářů (30; 62,5 %) z celkových 48 ztrácí motivaci, pokud se mají starat o pacienty s marnou léčbou, ale zvládají jim poskytovat péči na stejné úrovni jako pacientům s příznivější prognózou. U poměrně velké části záchranářů (12; 25 %) je motivace zachována a ani poskytovaná péče se nemění. O pacienty s marnou léčbou se nezvládají postarat 2 (6,67 %) dotazovaní záchranáři. 4 (8,3 %) respondenti zvolili možnost „jiné“, ale vlastní názor nevepsali.

Co se týče výsledků jednotlivých nemocnic, v KKN převážila odpověď popisující nižší motivaci, ale stejnou péči (22 respondentů; 73,33 %). 6 (20 %) zdravotníků z KKN se stará o pacienty s marnou léčbou bez změny motivace i bez změny péče. Dva záchranáři se bohužel nezvládají postarat o pacienty s marnou léčbou shodně jako o ostatní nemocné.

Respondenti z okresních nemocnic se k možnostem odpovědi rozvrstvěli poměrně vyváženě. Převážila opět snížená motivace se stejnou péčí, takto odpovědělo 8 (44,44 %) respondentů. 6 (33,33 %) dotazovaných nemá žádné potíže motivovat se k péči o pacienty s marnou léčbou a poskytnout jim stejnou péči jako ostatním pacientům. 4 (22,22 %) respondenti zaškrtnuli odpověď „jiné“, svůj názor ale nevepsali.

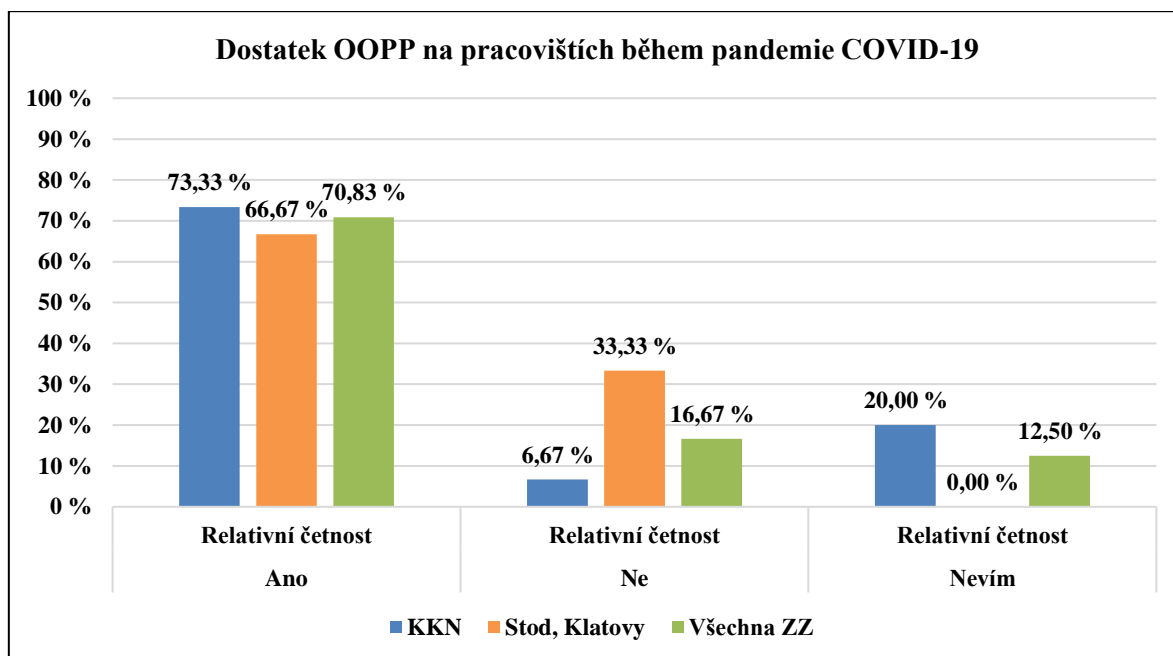
Otázka 24 (neodpovídá FN Plzeň): Měli jste na pracovišti vždy dostatek ochranných pomůcek?

Tabulka 24: Dostatek OOPP na pracovištích během pandemie COVID-19

Zdravotnické zařízení	Ano		Ne		Nevím		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
KKN	22	73,33 %	2	6,67 %	6	20 %	30
Stod, Klatovy	12	66,67 %	6	33,33 %	0	0 %	18
Všechna ZZ	34	70,83 %	8	16,67 %	6	12,5 %	48

Zdroj: vlastní

Graf 24: Dostatek OOPP na pracovištích během pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 24 se zabývá nedostatkem OOPP na pracovištích intenzivní péče během pandemie COVID-19. Předpokládejme, že k nedostatku ochranných prostředků mohlo dojít hlavně v začátcích boje s pandemií. Většina zdravotnických záchranářů se s nedostatkem OOPP nesetkala, 34 (70,83 %) respondentů souhlasí s tím, že vždy měli na pracovišti dostatek OOPP. K nedostatku se hlásilo pouze 8 (16,67 %) dotazovaných zdravotníků, 6 (12,5 %) dalších neví, zda na jejich pracovišti docházelo k nedostatku OOPP.

V KKN 22 (73,33 %) zdravotnických záchranářů udává, že v jejich nemocnici byl vždy dostatek OOPP, s tímto názorem nesouhlasí pouze 2 (6,67 %) tamější záchranáři. 6 (20 %) dotazovaných z KKN neví, zda se setkali s nedostatkem OOPP.

Záchranáři z okresních nemocnic udali v 12 (66,67 %) případech, že měli vždy dostatek OOPP. Na nedostatek OOPP upozornilo 6 (33,33 %) dotazovaných zdravotnických záchranářů.

Otázka 25 (neodpovídá FN Plzeň): Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, dostali jste se kvůli nedostatku OOPP do vážného rizika nákazy, nebo jste se dokonce nakazili?

Otázku číslo 25 nebudeme v rámci výzkumu hodnotit. Předchozí otázka vyfiltrovala respondenty pro 25. otázku v takové míře, že by interpretované výsledky neměly žádnou výpovědní hodnotu. Zmíním pouze fakt, že 4 dotazovaní zdravotničtí záchranáři se v zaměstnání dostali do vážného rizika nákazy Coronavirem.

Otázka 26 (neodpovídá FN Plzeň): Se kterým zdravotníkem byste se spíše ztotožňovali?

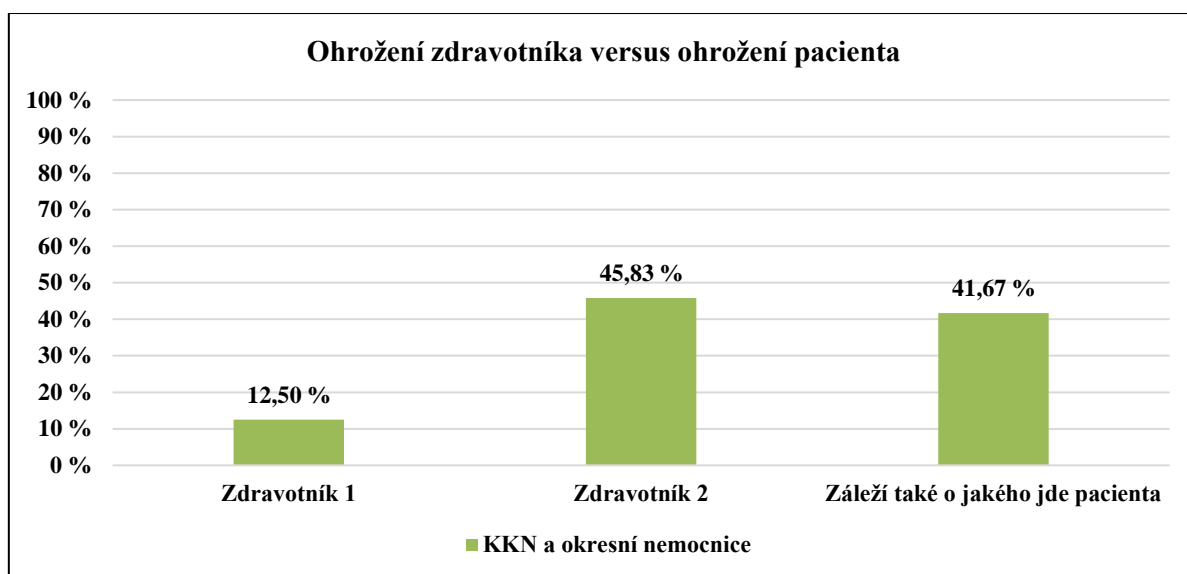
1. Zdravotník kvůli nedostatku OOPP nezačal včas KPR, kvůli čemuž se výrazně zhoršila prognóza jeho pacienta. 2. Zdravotník s nedostatkem OOPP zahájil KPR včas, pacientův oběh byl okamžitě obnoven, ale zdravotník se vystavil riziku nákazy COVID-19, přičemž se jeho nákaza později potvrdila. Prognóza pacienta se po zástavě a následném obnovení oběhu téměř nezměnila.

Tabulka 25: Ohrožení zdravotníka versus ohrožení pacienta

Zdravotnické zařízení	Zdravotník 1		Zdravotník 2		Záleží také o jakého jde pacienta		Počet resp.
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	
KKN a okresní nemocnice	6	12,5 %	22	45,83 %	20	41,67 %	48

Zdroj: vlastní

Graf 25: Ohrožení zdravotníka versus ohrožení pacienta



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 26 zjišťuje, zda by raději zdravotníci ohrozili sebe a zachránili pacientův život nebo by raději ohrozili pacienta, ale sebe chránili před rizikem. Velká část zdravotníků by chránila sebe a v otázce se ztotožnila s příkladem druhého zdravotníka, početně to bylo 22 (45,83 %) dotazovaných záchranářů. Další velká část dotazovaných by v rozhodování přihlížela také k tomu, o jakého pacienta se jedná (např. dítě vs. starší pacient s mnoha komorbiditami), k tomuto názoru se hlásilo 20 (41,67 %) respondentů. Zbýlých 6 (12,5 %) zdravotnických záchranářů by i přes svoje ohrožení zahájilo KPR.

Otázka 27 (21 v dotazníku pro FN Plzeň): Jak jste vnímali zákaz návštěv? Myslíte si, že by mělo být každému i přes závažnost pandemie a rizika nákazy umožněno setkat se se svými blízkými v intenzivní péči? (Samozřejmě za použití ochranných pomůcek.)

Pro délku připravených odpovědí k otázce 23 opět uvedeme jejich plné znění do textu a přidělíme čísla, která následně uvedeme v tabulce.

Možnosti odpovědí k otázce č. 27:

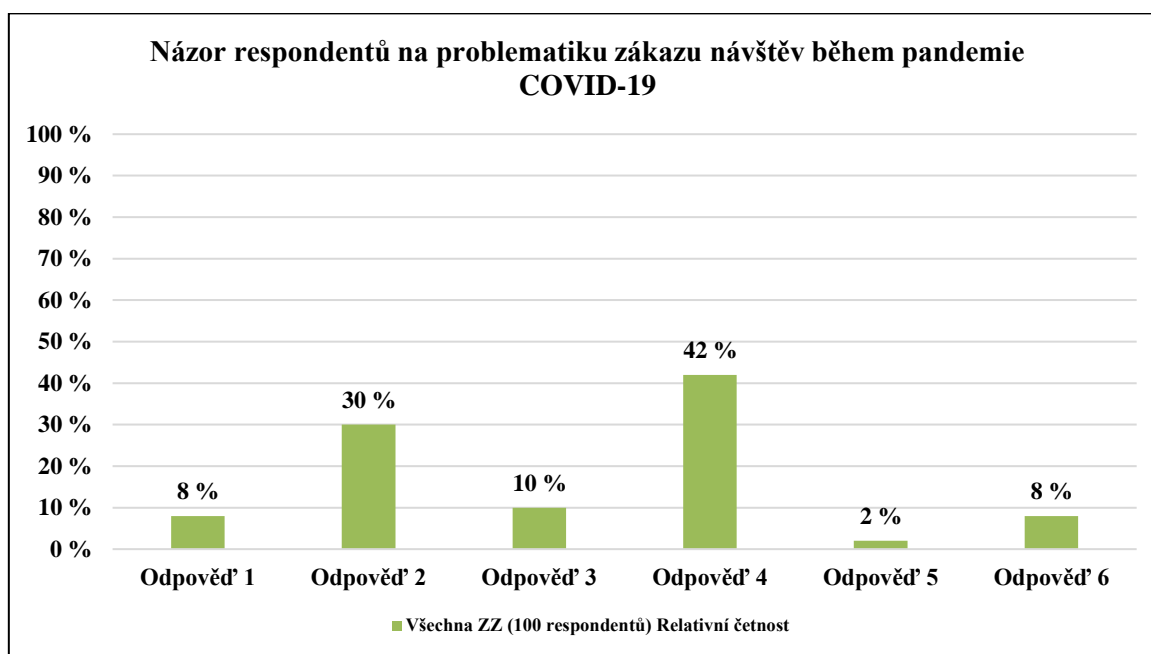
1. Myslím, že každý by měl mít možnost navštívit své blízké.
2. Myslím, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké.
3. Myslím, že každý by měl mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
4. Myslím, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
5. Myslím, že by návštěvy měly být zakázané úplně vzhledem k rizikům a vážnosti pandemie.
6. Jiné: vlastní odpověď

Tabulka 26: Názor respondentů na problematiku zákazu návštěv během pandemie COVID-19

Možnost návštěvy	Všechna ZZ (100 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď 1	8	8 %
Odpověď 2	30	30 %
Odpověď 3	10	10 %
Odpověď 4	42	42 %
Odpověď 5	2	2 %
Odpověď 6	8	8 %

Zdroj: vlastní

Graf 26: Názor respondentů na problematiku zákazu návštěv během pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

K zákazu návštěv se kvůli vážnosti pandemie COVID-19 přiklonila všechna zdravotnická zařízení, v otázce číslo 27 jsme se ptali na postoj zdravotnických záchranářů k omezení setkávání rodin a pacientů. Nejvíce zdravotnických záchranářů, kteří se zúčastnili výzkumu (42; 42 % ze 100) si myslí, že by nejbližší příbuzní měli mít možnost navštívit své blízké v případě posledního rozloučení. Druhou nejčastější odpověď zastává možnost návštěv pacientů nejbližšími příbuznými v každém případě (30 respondentů, 30 %). Jiných 10 (10 %) zdravotnických záchranářů stojí za názorem, že každý má mít možnost navštívit pacienta, pokud by se s ním měl jít naposledy rozloučit. Po 8 (8 %) respondentech získaly odpovědi, že by návštěvy měly být povoleny v plném rozsahu a odpověď „jiné“. Veškerou návštěvnost by zakázali 2 (2 %) respondenti.

Předěme k prezentaci některých vlastních názorů vyplněných pod možností „jiné“:

„Myslím, že by návštěvy měly být zakázané úplně vzhledem k rizikům a vážnosti pandemie.“ (nejmenovaný záchranář zaměstnaný ve FN Plzeň)

„Už z důvodů možného nakažení personálu, by měly být návštěvy zakázány.“ (nejmenovaný záchranář zaměstnaný ve FN Plzeň)

„Plošné povolení návštěv ne, individuální povolení ano.“ (nejmenovaný záchranář zaměstnaný ve FN Plzeň).

Otázka 28 (22 v dotazníku pro FN Plzeň): Jaká je Vaše zkušenost s návštěvami během pandemie?

Pro délku připravených odpovědí k otázce 23 opět uvedu jejich plné znění a přidělíme čísla, která následně uvedu v tabulce.

Možnosti odpovědi k otázce číslo 28:

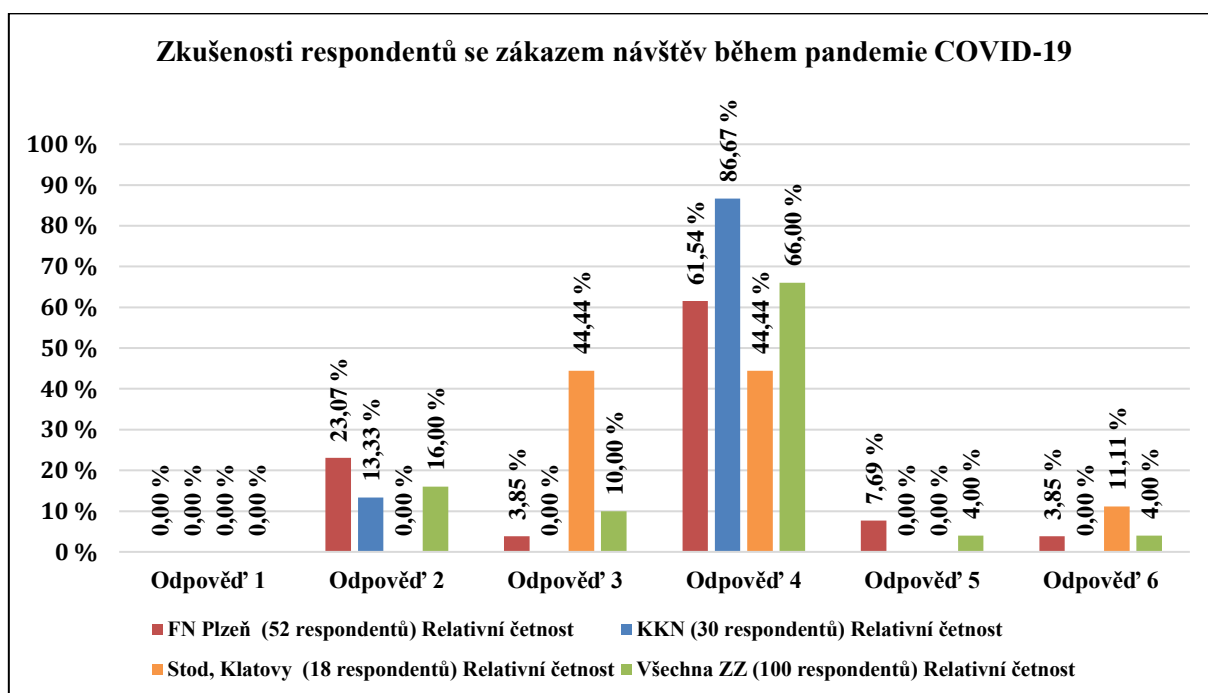
1. Každý měl možnost navštívit své blízké.
2. Nejbližší příbuzní měli možnost navštívit své blízké.
3. Každý měl možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
4. Nejbližší příbuzní měli možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
5. Návštěvy byly zakázány úplně.
6. Jiné: vlastní odpověď

Tabulka 27: Zkušenosti respondentů se zákazem návštěv během pandemie COVID-19

Možnost návštěvy	FN Plzeň (52 respondentů)		KKN (30 respondentů)		Stod, Klatovy (18 respondentů)		Všechna ZZ (100 respondentů)	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odpověď 1	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Odpověď 2	12	23,07 %	4	13,33 %	0	0 %	16	16 %
Odpověď 3	2	3,85 %	0	0 %	8	44,44 %	10	10 %
Odpověď 4	32	61,54 %	26	86,67 %	8	44,44 %	66	66 %
Odpověď 5	4	7,69 %	0	0 %	0	0 %	4	4 %
Odpověď 6	2	3,85 %	0	0 %	2	11,11 %	4	4 %

Zdroj: vlastní

Graf 27: Zkušenosti respondentů se zákazem návštěv během pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 28 navazuje na předchozí otázku 27 a věnuje se podobnému tématu. V aktuální otázce nezjišťujeme názor zdravotnických záchranářů na zákaz návštěv, ale zjišťujeme jejich reálné zkušenosti z praxe ohledně této problematiky.

Nejčastěji se dotazovaní zdravotničtí záchranáři (66 respondentů; 66 % ze 100) setkávali s variantou zákazu návštěv, kdy nejbližší příbuzní mohli navštívit své blízké v případě posledního rozloučení. Podle 16 (16 %) dotazovaných mohli na návštěvu za pacienty nejbližší příbuzní, a to bez omezení. 10 (10 %) respondentů souhlasilo s možností, že každý mohl navštívit své blízké, pokud se jednalo o poslední rozloučení. 4 (4 %) respondenti udali, že návštěvy byly zakázány v plném rozsahu. Žádný zdravotnický záchranář se nesetkal s tím, že by zákaz návštěv nebyl vůbec zaveden, a dva zdravotničtí záchranáři se věnovali odpovědi „jiné“, kde vepsali vlastní názor. Celkový počet dotazovaných v otázce 28 činil 100 respondentů.

Některé vlastní názory pod odpovědí „jiné“ jsou následující:

„Někdy zákaz, někdy navštívili. Vše záleželo na aktuální vážnosti pandemie a počtu nakažených.“ (nejmenovaný

zdravotnický záchranář zaměstnaný ve FN Plzeň)

„Návštěvy se odvíjely od stavu pacienta a od toho, kde leží.“ (nejmenovaný
zdravotnický záchranář zaměstnaný v Nemocnici Stod)

Výsledky dotazování ve *FN Plzeň*, kde jsme získali 52 respondentů, jsou následující: odpověď 1 nezvolil žádný respondent, odpověď 2 – 12 (23,07 %) respondentů, odpověď 3 – 2 (3,85 %), odpověď 4 – 32 (61,54 %), odpověď 5 – 4 (7,69 %), odpověď 6 – 2 (3,85 %).

V KKN (30 respondentů) se dotazování k možnostem rozmístili následovně: odpověď 1 nezaškrtl žádný respondent, odpověď 2 zaškrtili 4 (13,33 %) respondenti, odpověď 3 žádný respondent, odpověď 4 – 26 (86,67 %), odpověď 5 a 6 žádní respondenti.

Zdravotničtí záchranáři v *Klatovské nemocnici* a *Stodské nemocnici* (18 respondentů) volili pouze odpovědi 3, 4 a 6. V odpovědi číslo 6 se vyjádřili 2 (11,11 %) dotazovaní. Možnost číslo 3 a 4 zvolilo po 8 (44,44 %) respondentech.

Otázka 29 (neodpovídá FN Plzeň): Máme dva pacienty stejného věku a komorbidit, jeden je očkovaný proti COVID-19, druhý z osobního přesvědčení očkování odmítl. Měl by mít při vyčerpání zdrojů lidských i materiálních přednost v péči očkovaný pacient?

Analýza výsledků otázky číslo 29 nebude součástí samotné kvalifikační práce. Otázka je velice kontroverzní, citlivá a někteří lidé by vyhodnocení odpovědí mohli označit za manipulativní. Jakákoli manipulace nepatří mezi cíle této bakalářské práce. Výsledky pro otázku 29 budou k dispozici na vyžádání u obhajoby.

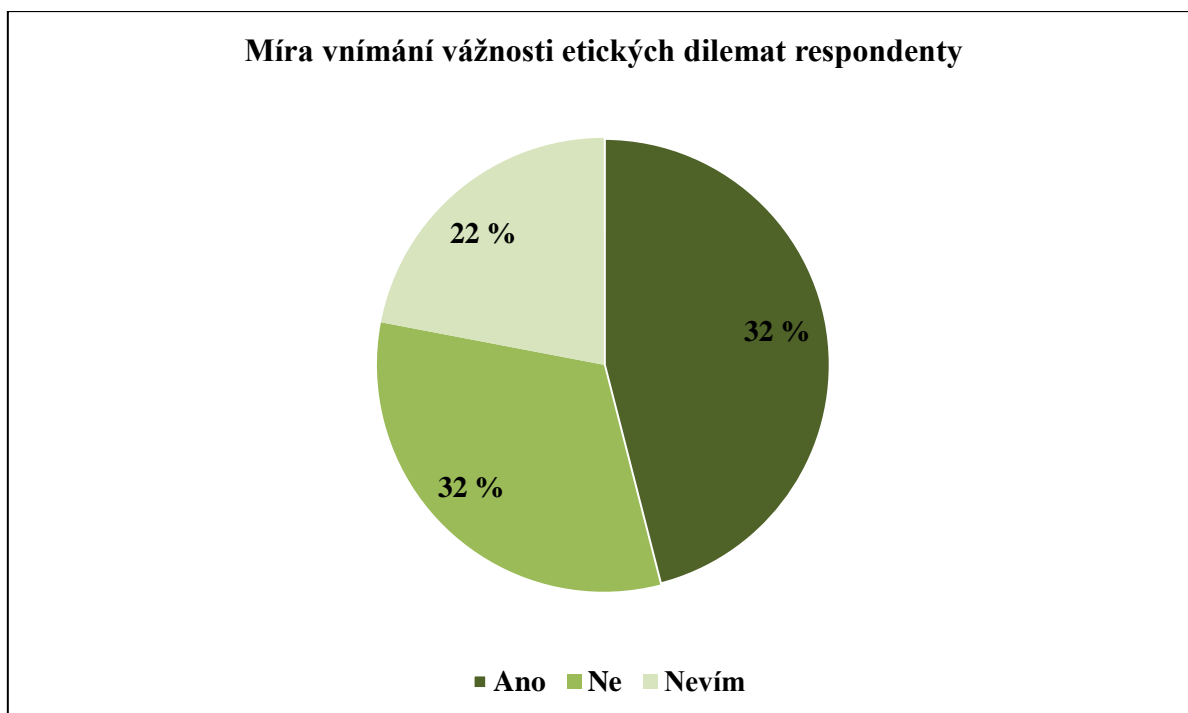
Otázka 30 (23 v dotazníku pro FN Plzeň): Vnímáte vážnost etických dilemat v intenzivní péči během pandemie více než v období před pandemií?

Tabulka 28: Míra vnímání vážnosti etických dilemat respondenty

Počet respondentů	Ano		Ne		Nevím	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
100	46	46 %	32	32 %	22	22 %

Zdroj: vlastní

Graf 28: Míra vnímání vážnosti etických dilemat respondenty



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 30 se zabývá vážností etických dilemat v intenzivní péči po vypuknutí pandemie a před ním. 46 (46 %) dotazovaných vnímá vážnost etických dilemat více po vypuknutí pandemie, 32 (32 %) respondentů nevnímá vážnost etických dilemat po propuknutí pandemie více než před ním, 22 (22 %) neví, zda vážnost etických dilemat s pandemií změnila.

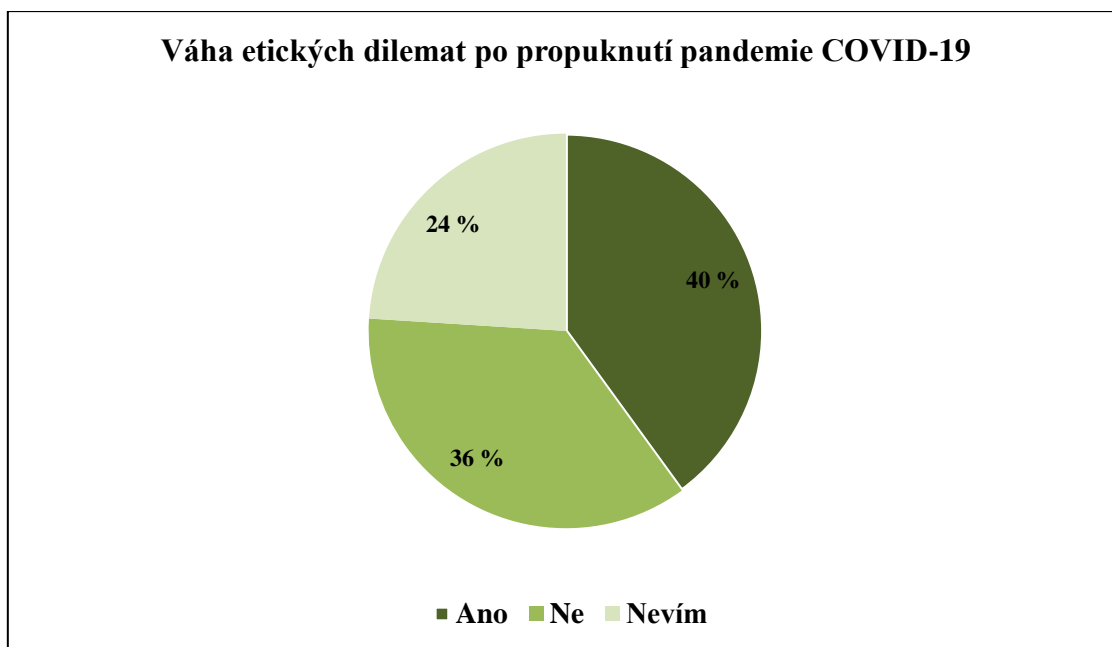
Otázka 31 (24 v dotazníku pro FN Plzeň): Začali jste během pandemie etickým otázkám přikládat větší váhu než dříve?

Tabulka 29: Váha etických dilemat po propuknutí pandemie COVID-19

Počet respondentů	Ano		Ne		Nevím	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
100	40	40 %	36	36 %	24	24 %

Zdroj: vlastní

Graf 29: Váha etických dilemat po propuknutí pandemie COVID-19



Zdroj: vlastní

Poslední 31. otázka se zabývá tím, zda etickým dilematům začali dotazovaní zdravotničtí záchranáři s pandemií přikládat větší váhu než dříve. 40 (40 %) záchranářů odpovědělo, že ano, začali považovat etická dilemata za důležitější a zásadnější. Naopak 36 (36 %) větší váhu dilematům nepřikládá. Zbýlých 24 (24 %) dotazovaných neví.

DISKUZE

V této bakalářské práci se zabýváme etickými dilematy v praxi zdravotnického záchranáře. Vzhledem k aktuálnímu dění ve zdravotnictví a ve společnosti se práce orientuje především na pandemii COVID-19 a její etická dilemata. Pracujeme s rovinou intenzivní péče, nikoliv péče přednemocniční, jelikož právě v intenzivní péči dala pandemie COVID-19 za vznik nejbohatší sadě nových etických otázek.

Vytyčili jsme čtyři cíle, kterých má tato kvalifikační práce dosáhnout. Měla by zmapovat etické otázky, jež do intenzivní péče vnesla pandemie COVID-19. Dále má práce za úkol vyjádřit četnost etických dilemat v intenzivní péči před vypuknutím pandemie a v jejím průběhu. Pokusíme se také zjistit, v jaké míře zasáhla intenzivní péči etická otázka alokace vzácných zdrojů. Posledním cílem je popis postojů zdravotnických záchranářů k jednotlivým pandemickým etickým dilematům.

Cíl 1: Zjistit, jaká etická dilemata s sebou do práce zdravotnického záchranáře v intenzivní péči přinesla pandemie COVID-19.

Předpoklad 1: Předpokládejme, že pandemie vnesla do práce zdravotnického záchranáře různá nová etická dilemata zasahující jak pacienty, tak samotné zdravotníky.

První předpoklad kopíruje názor Drábkové, která o situaci ve zdravotnictví během pandemie píše: „*Nároky – medicínské, medicínsko-právní, etické zdaleka vybočují z odborného i společenského rámce. Do zásadního rozhodování vstupuje prioritizace a civilní triáž, bezpečnost zdravotnického personálu, etické zásady každého lékaře i zostřený důraz na bezpečnost vlastní i na bezpečnost rodiny. Celková atmosféra může aktivovat nežádoucí vstupy až kriminálního rázu.*“ (Drábková, 2020, s. 1) S prvním cílem a předpokladem svázané otázky číslo 11, 12, 21 (19 pro FN Plzeň) a 22 (20 pro FN Plzeň) ověřují, zda poznatky autorky Drábkové opravdu odpovídají situaci zdravotnické praxe v období pandemie COVID-19.

Analýza odpovědí otázky č. 11 přinesla jednoznačné výsledky. Většina, 84 (84 %) dotazovaných záchranářů, si myslí, že pandemie vnesla do intenzivní péče nová etická dilemata.

V otázce číslo 12 byl pro dotazované připraven výběr možností, mohli zaškrtnout jejich libovolný počet. Záchranáři směli vybrat z pěti příkladů etických dilemat, a to z triáže pacientů z důvodu nedostatku zdrojů, neetického zacházení s těly zemřelých, rizika nákazy zdravotnického personálu z důvodu nedostatku OOPP, neumožnění rodinám setkat se

s blízkými v IP nebo se s nimi rozloučit a z mediálního zneužití záběrů zdravotníků a pacientů.

Nejčastěji volili dotazovaní zdravotníci triáž pacientů z důvodu nedostatku zdrojů. Z celkových 84 respondentů jich 64 (76,12 %) zahrnulo ve své odpovědi etické dilema triáže pacientů z nedostatku zdrojů.

S faktem, že se po příchodu pandemie museli pacienti třídít, souhlasilo více dotazovaných z krajských nemocnic – FN Plzeň (32 respondentů ze 42, 76,20 %), KKN (28 respondentů ze 30, 93,33 %). Oproti tomu v okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*) triáž pacientů zahrnuli v odpovědi pouze 4 (33,33 %) dotazovaní záchranáři z celkového počtu 18.

Druhou nejpočetnější odpovědí byla problematika zákazu návštěv. Problematika zákazu návštěv dominovala ve vyplněných dotaznicích respondentů z okresních nemocnic (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*), návštěvnost zaškrtnulo 10 (83,33 %) dotazovaných. Tyto výsledky však nemusely být zapříčiněné přímo tím, že restrikce týkající se návštěv byly v okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*) přísnější, nýbrž tím, že tuto odpověď respondenti upřednostnili před jinými (např. před triáží pacientů z důvodu nedostatku zdrojů).

Otázka číslo 21 zjišťuje, zda si dotazovaní zdravotničtí záchranáři myslí, že během pandemie byl v intenzivní péči nedostatek personálu. Zde 96 (96 %) respondentů ze 100 udalo, že personální nedostatek se v intenzivní péči opravdu vyskytl. V práci Červenkové (2021) na téma „Pandemie COVID 19 na jaře 2020 – role zdravotnických záchranářů“ uvedlo 51 % respondentů, že zaznamenali výrazné personální nedostatky způsobené pandemií COVID-19. Červenková se v bakalářské práci zabývá personální situací v prostředí přednemocniční neodkladné péče, kde lze předpokládat personální nedostatky stejně tak jako v péči intenzivní. Srovnání obou výzkumů toto potvrzuje.

Konkrétními projevy nedostatku personálu mohlo být navýšení směn oproti normálu, nárůst pracovních nároků na zdravotnické záchranáře, nutná výpomoc na cizím oddělení, vyšší úroveň stresu na pracovišti, nemožnost poskytovat stejně kvalitní ošetrovatelskou péči jako v běžném režimu nebo zrušení dovolených. Všechny vyjmenované projevy obsahovala otázka číslo 22 a zdravotničtí záchranáři mohli vybrat, se kterými projevy se v praxi setkali. Mimo zmíněné volby odpovědí existovaly ještě další dvě možnosti, a to „personální nedostatek se neprojevil nijak“, „jiná, vlastní odpověď“.

Jak ukazuje analýza otázky č. 22 většina dotazovaných zdravotnických záchranářů se během pandemie COVID-19 setkala s každým z vyjmenovaných projevů nedostatku personálu.

Nároky na zdravotnické záchranáře byly během pandemie obrovské. Zdravotničtí záchranáři pracovali pod vyšším tlakem a nemohli vzhledem k vytíženosti intenzivní péče pokaždé poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči. Pro mnohé záchranáře neúplná péče o pacienta značí problém. Záchranáři o sobě mohli pochybovat, museli neustále analyzovat, zda opravdu pro daného pacienta udělali vše, co se dalo. Veškeré zmíněné projevy nedostatku personálu vedly k vyčerpání záchranářů, vyhoření nebo měly dopad i na blízké rodiny zdravotníků, jak zmiňuje jeden z dotazovaných: „*Nedostatek personálu se projevil psychickým, fyzickým vyčerpáním a následným dopadem na rodiny.*“

Předpoklad 1 byl potvrzen. Podle dotazovaných zdravotnických záchranářů pandemie vnesla do intenzivní péče nová etická dilemata. Dilemata se netýkala pouze pacientů, ale zasahovala také do praxe a životů zdravotnických záchranářů. Lze konstatovat, etické otázky zasáhly jak krajská zdravotnická zařízení, tak zařízení okresní, i když v menší míře.

Cíl 2: Porovnat četnost etických dilemat před a po propuknutí pandemie v intenzivní péči z pohledu zdravotnického záchranáře.

Předpoklad 2: Předpokládejme, že po propuknutí pandemie COVID-19, z pohledu zdravotnických záchranářů pracujících v intenzivní péči, etických dilemat přibýlo oproti době před pandemií.

K druhému cíli a předpokladu se pojí otázky s čísly 6, 8, 9, 10. Otázku číslo 6 ještě doplňuje 7. otázka zabývající se konkrétními nepandemickými etickými otázkami.

V intenzivní péči se před vypuknutím pandemie COVID-19 ze 100 respondentů setkávalo 82 (82 %) s etickými dilematy.

Ve FN Plzeň se s etickými dilematy setkávala většina respondentů (84,62 %), v KKN se setkávalo dokonce všech 30. Výrazně méně respondentů řeší etická dilemata v okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*) (44,44 %).

Co se týče doplnění 6. otázky otázkou číslo 7, zjistili jsme, že nejčastěji se dotazovaní zdravotničtí záchranáři setkávali s etickým dilematem marné léčby (64 respondentů;78,05 %) a dystanázie (stejný výsledek).

Totožné téma zkoumal v bakalářské práci s názvem „Etické otázky neodkladné péče“ Ievgen Zemliak, zdravotnický záchranář, absolvent *Fakulty zdravotnických studií*

Západočeské univerzity v Plzni. Výsledky Zemliakova výzkumu korelují s našimi. S marnou léčbou se v intenzivní péči podle Zemliakova výzkumu setkala 73,4 % NLZP (Zemliakova výzkumu se zúčastnily i sestry pro intenzivní péči), s dystanazií se NLZP setkávali o něco méně (51,9 %). (Zemliak, 2015)

Pokud se dotazovaný setkával s etickými dilematy v intenzivní péči před vypuknutím pandemie, odpovídal i na otázku číslo 8., kde jsme zjišťovali, jak často k setkání docházelo. Zde byly na výběr čtyři možnosti – každý den/směnu, několikrát týdně, několikrát měsíčně nebo méně často.

Výsledky našeho výzkumu lze opět porovnat s výstupem bádání Ievgena Zemliaka. V otázce „jak často“ se zdravotničtí záchranáři (u Zemliaka NLZP) setkávají s etickými dilematy v běžném provozu intenzivní péče se naše šetření rozchází. Nejčtenější volbou je v Zemliakově výzkumu možnost „setkáváme se denně“, a to v 55,7 %, kdežto v našem výzkumu se každou směnu s etickým dilematem nesetkával žádný dotazovaný. Zdravotničtí záchranáři, kteří zodpovídali náš dotazník uvedli nejčastěji, že dilemata řeší v periodě měsíců (63,51 %), zatímco u Zemliaka tato možnost nemá mezi respondenty téměř žádné zastoupení (5,1 %). (Zemliak, 2015) Dle našeho názoru mohly být odpovědi na náš dotazník zkresleny charakterem otázky, který nutí dotazované hodnotit situaci etických dilemat v IP před pandemií v kontextu s pandemickým obdobím.

Po propuknutí pandemie 90 % respondentů uvedlo, že se s etickými dilematy setkávali.

V KKN se s etickými dilematy setkávalo 100 % respondentů jak před pandemií, tak po jejím vypuknutí. Ve *FN Plzeň* se zdravotničtí záchranáři s etickými otázkami setkávají více po příchodu pandemie, v okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice*) je trend stejný jako ve FN.

V otázce č. 10 jsme se respondentů zeptali na periodu setkávání s etickými dilematy po příchodu pandemie COVID-19, která se zkrátila ve všech zdravotnických zařízeních. Po propuknutí pandemie se objevují i tací záchranáři, kteří řeší etická dilemata každý den nebo směnu.

Předpoklad 2 je potvrzen. Vzhledem k aktuálnosti tématu a stálému trvání pandemie COVID-19 jsme nenalezli data ke srovnání.

Cíl 3: Zjistit, v jaké míře intenzivní péči zasáhlo dilema alokace vzácných zdrojů během pandemie COVID-19.

Předpoklad 3: Předpokládejme, že nejvýraznějším etickým dilematem se během pandemie stala alokace vzácných zdrojů.

Ke třetímu předpokladu se pojí otázky 13, 14 a 24 (neodpovídala *FN Plzeň*).

Odpovědi respondentů se v otázce č. 13 velice rozcházejí. Tážeme se, zda si zdravotníci záchranáři myslí, že nejvýraznějším etickým dilematem byla v intenzivní péči během pandemie alokace vzácných zdrojů. Pouze 46 (46 %) respondentů považuje alokaci za nejpalčivější etické dilema pandemie COVID-19, 30 respondentů s nimi nesouhlasí. Poměrně vysoké procento (24 %) respondentů neví, zda alokace byla nejvážnějším etickým dilematem, to si vysvětlujeme např. tím, že rozdílně dilema alokace může vnímat řadový záchranář na JIP a jinak koordinátor péče o covidpozitivní pacienty v IP, který zná všechny okolnosti příjmu pacientů.

Otázka 14. obohatila výzkum o zajímavé názory. K tématu napsala svůj názor většina z 30 respondentů, kteří nepovažují alokaci vzácných zdrojů za nejpalčivější etické dilema během pandemie. Debatu v otázce č. 14 i přes příchod pandemie ovládly etické otázky marné léčby, dystanázie.

V otázce 24 udalo pouze 16,67 % respondentů, že se setkali s nedostatkem OOPP na pracovišti. Otázkou zůstává, zda lze takové množství respondentů považovat za nízký počet vzhledem k infekčnosti onemocnění COVID-19. Nicméně jsme předpokládali mnohem větší nedostatek OOPP na pracovištích.

Dle našeho názoru i přes vážnost pandemie a problematiky alokace vzácných zdrojů, zůstává v intenzivní péči významným etickým dilematem marná léčba nebo dystanázie, které mimochodem pandemie ještě více podpořila. Z toho důvodu mnoho zdravotnických záchranářů nepovažuje alokaci za nejpalčivější etické dilema intenzivní péče v průběhu pandemie. Marnou léčbu a dystanázii považovali za dominantní etická dilemata převážně zdravotníci záchranáři s delší praxí v intenzivní péči. Předpokládáme, že tak soudí, protože mají dlouhodobé zkušenosti s dilematy marné léčby a s dystanázií. Setkávají se s nimi často, již léta, a tudíž znají zátěž, kterou tato dilemata pro intenzivní péči představují. **Předpoklad 3 je vyvrácen.** Nenalezli jsme žádný jiný výzkum věnující se podobnému tématu.

Předpoklad 4: Předpokládejme, že během pandemie byla triáž pacientů v rámci alokace vzácných zdrojů běžnou součástí intenzivní péče.

V otázce č. 15 se zkušenosti záchranářů opět rozcházejí. Mírnou převahu si drží skutečnost, že intenzivní péče zvládala poskytovat adekvátní terapii každému přijatému pacientovi (44 respondentů; 44 % ze 100). V jediné KKN mírně převážil názor, že během pandemie nebyla poskytována adekvátní péče stavu každého pacienta, k čemuž přispívá fakt, že pandemická situace na začátku roku 2021 byla v Karlovarském kraji výrazně nejhorší. Tuto informaci potvrzuje Český statistický úřad, který srovnává počty úmrtí v jednotlivých krajích pro měsíc únor. V karlovarském kraji byla tento měsíc úmrtnost nejvyšší. (Český statistický úřad, 2021)

Otázka č. 16 vybrala dvě hlavní kritéria, podle kterých se mělo v rámci triáže z důvodu nedostatku zdrojů rozhodovat o tom, kterému z pacientů poskytneme plnou léčbu a kterému omezenou. Nejvíce zdravotnických záchranářů vybíralo možnost „zdravotní stav“ (18 respondentů; 90 %) a „prognóza“ (12 respondentů; 60 %). Výběr kritérií odpovídá nově vytvořeným guidelines pro třídění pacientů v rámci nedostatku zdrojů, citují:

„Prvním krokem je selekce pacientů a jejich zařazení do jedné ze tří kategorií v závislosti na předpokládaném úspěchu intenzivní terapie: Nízká (vysoká jistota nízké pravděpodobnosti úspěchu a přežití), Střední (nejistá či mírná naděje na úspěch terapie a přežití), Vysoká (silné přesvědčení či vysoká naděje na úspěch terapie a přežití pacienta).

Kritéria určující vyhlídky na úspěch intenzivní terapie a přežití lze zařadit do tří skupin:

1. AKTUÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ, 2. KOMORBIDITY, 3. CELKOVÁ KŘEHKOST ORGANISMU.“ (Černý 2020, s. 11, 12.)

Otázka č. 17, zda se triáž opravdu stala běžnou praxí v IP během pandemie, opět přináší rozporuplné výsledky. V 17. otázce neodpovídala FN Plzeň, a tak zde analyzujeme pouze 48 respondentů z KKN a okresních nemocnic (Klatovská nemocnice, Stodská nemocnice). 26 (54,16 %) dotazovaných si myslí, že se triáž zapojila do každodenního dění IP s příchodem pandemie. **Předpoklad 4 je tím vyvrácen.**

Předpoklad 5: Předpokládejme, že mohlo dojít v rámci nedostatku lůžek v IP k neetickému zacházení s těly zemřelých.

Předpoklad 5 se pojí k otázkám č. 12 a 20 (18 pro FN Plzeň). Nyní je pro nás důležitá informace, že 18 respondentů z 84 (21,43 %) si myslí, že pandemie COVID-19 s sebou do IP přinesla etické dilema neetického zacházení s těly zemřelých.

Otázka č. 20 hledá hmatatelnou zkušenost zdravotnických záchranářů s neetickým zacházením s těly zemřelých. Přesně 20 (20 %) respondentů potvrdilo zkušenost s neetickou posmrtnou péčí o tělo zemřelého. Zajímavé jsou v otázce č. 20 výsledky mezi jednotlivými nemocnicemi, kdy ve *FN Plzeň* a v okresních nemocnicích (*Klatovská nemocnice*, *Stodská nemocnice*) dotazovaní zdravotničtí záchranáři podobné zkušenosti téměř nemají (u obou nemocnic má zkušenost s neetickým zacházením s těly zemřelých asi 11 % dotazovaných záchranářů). Kdežto v KKN se s neetickým zacházením s těly zemřelých setkalo už 12 respondentů (40 %) ze 30.

Předpoklad 5 je tudíž potvrzen, k neetickému zacházení s těly zemřelých **mohlo** dojít, ale dle našeho výzkumu k tomu nedocházelo často. Problematika je velmi aktuální, bohužel jsme nenalezli výzkum podobného rázu.

Cíl 4: Zjistit postoje zdravotnických záchranářů v rámci pandemických etických dilemat dotýkajících se intenzivní péče.

Předpoklad 6: Předpokládejme, že při nedostatku OOPP by zdravotničtí záchranáři pracující v intenzivní péči nechtěli nákazou ohrozit sebe a další personál, spíše, než by se rozhodli vystavit se vysokému riziku nákazy při péči o pacienta bez dostatečné ochrany.

Předpoklad 6 k sobě váže otázku č. 26, na kterou neodpovídala *FN Plzeň*. Zjistíme, zda by zdravotník upřednostnil zdraví své nebo naopak zdraví pacienta. Celkem 22 (45,83 %) dotazovaných zdravotníků by dalo přednost svému vlastnímu zdraví a nechtěli by se vystavit riziku nákazy, i kdyby v danou chvíli šlo o pacientův život a jeho další prognózu. Dalších 20 (41,67 %) respondentů se zmíněným názorem souhlasí, ale rozhodovali by se i na základě toho, o jakého se zrovna starají pacienta. Otázka je velice konkrétní, kvůli čemuž se nám nepodařilo nalézt výzkum k porovnání dat.

Odpovědi dotazovaných zdravotnických záchranářů **potvrzují předpoklad 6**.

Předpoklad 7: Předpokládejme, že zdravotničtí záchranáři by i v době pandemie chtěli umožnit nejbližším příbuzným setkávat se se svými blízkými v intenzivní péči.

Otázka č. 27 (21 pro *FN Plzeň*) mapuje vlastní názor dotazovaných zdravotnických záchranářů ohledně problematiky zákazu návštěv v IP.

Ve 27. otázce si nejvíce dotazovaných (42; 42 % ze 100) myslí, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení

s nemocným. O něco benevolentnější možnost, kdy by nejbližší příbuzní měli mít možnost navštívit své blízké v IP bez omezení volilo 30 % respondentů.

Rozličnost postojů dotazovaných zdravotnických záchranářů dle našeho názoru není v problematice zákazu návštěv překvapením. Každý příbuzný má právo navštívit svého blízkého hospitalizovaného v intenzivní péči. Návštěva může být nemocnému přínosem. Pacienti hospitalizovaní v IP bývají pod velkým stresem. Nemocný získává prostřednictvím návštěv motivaci k další léčbě a rekonvalescenci, má pocit, že nestoná sám a že ho rodina podporuje.

Dalším problémem zákazu návštěv může být podávání citlivých informací o pacientovi rodinám po telefonu. Např. Ptáček (2011) upozorňuje na významná rizika podávání informací o pacientovi po telefonu.

Na druhé straně stojí infekčnost onemocnění COVID-19 a riziko šíření nákazy, a to jak mezi personálem, tak mezi pacienty a návštěvou. Zdravotníci nechtějí ohrozit sebe, svoji rodinu, kolegy a nechtějí prohlubovat stávající personální nedostatky.

Každý zdravotnický záchranář hodnotí přínosy a rizika dle vlastních nastavených hodnot.

Předpoklad 7 je vyvrácen. Nenalezli jsme žádný jiný výzkum zaměřený na tuto problematiku.

Předpoklad 8: Předpokládejme, že etická dilemata v době pandemie zdravotnické záchranáře velice zasáhla a nyní etickým otázkám přiřkládají větší váhu než dříve.

Poslední předpoklad se váže k otázce 31 (24 pro FN Plzeň).

Otázka č. 31. se ptá, zda zdravotničtí záchranáři osobně začali etickým dilematům v IP, přiřkládat s příchodem pandemie COVID-19 větší váhu než dříve. Analýza odpovědí je nejednoznačná. Přesně 40 dotazovaných záchranářů (40 %) ze 100 začalo etickým dilematům přiřkládat větší váhu. Oproti tomu 36 (36 %) zdravotnických záchranářů svůj postoj k váze etických otázek v IP nezměnilo a 24 (24 %) zdravotnických záchranářů neví, jak na otázku odpovědět. Dle našeho názoru mnoho zdravotnických záchranářů věnuje větší pozornost přímo ošetrovatelské péči než jejímu etickému pozadí. Spousta z nich kvůli tomu etické problémy tolik nevnímá a neumí zhodnotit, jakou váhu jim přiřkládají.

Předpoklad 8 je vyvrácen.

V závěru diskuze doplníme několik zajímavých výsledků výzkumu, které se nevztahují k předpokladům. Marná léčba představuje obrovský problém jak pandemické, tak

předpandemické intenzivní péče. V našem dotazníku se objevuje otázka, zda se zdravotníci záchranáři zvládají starat o pacienty s marnou léčbou se stejnou vervou jako o pacienty s příznivější prognózou (otázka č. 23, neodpovídá FN Plzeň). Není překvapením, že 22 (73,33 %) zdravotnických záchranářů ze 48 přiznává, že jejich motivace pro poskytování ošetrovatelské péče takovým pacientům výrazně klesá.

Dotazník mimo jiné poukazuje na personální nedostatky ve zdravotnictví, například v rámci pandemie muselo na cizích odděleních vypomáhat 28 (28 %) dotazovaných zdravotníků ze 100 a 96 (96 %) dotazovaných během pandemie výrazně pocíťovalo nedostatek personálu v IP. Vytíženost IP se odrazila i v kvalitě poskytované paliativní péče, která měla být podle 30 % ze 100 dotazovaných omezená pro nedostatek lůžek.

I když některé z předpokladů byly vyvráceny, bakalářská práce zvládla vyobrazit etická dilemata, jež se prolínala a dále prolínají prací zdravotnických záchranářů v období pandemie. Zjistili jsme, že i přes příchod nových etických dilemat, např. triáže pacientů z důvodu nedostatku zdrojů, velice palčivou etickou otázkou intenzivní péče zůstává marná léčba a dystanázie. Výsledky dotazníkového šetření zobrazily trvajících personální nedostatky v intenzivní péči, které pandemie COVID-19 ještě prohloubila. Překvapilo nás, kolik nových etických dilemat doopravdy pandemie vnesla do intenzivní péče a poměrně nečekaný je i fakt, že situace v krajských nemocnicích se příliš nelišila od situace v menších okresních zdravotnických zařízeních. V krajských nemocnicích se samozřejmě etická dilemata objevovala ve větší míře, nicméně se všemi druhy etických otázek se potýkaly i nemocnice okresních úrovní.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem „Etická dilemata v práci zdravotnického záchranáře“ se věnovala etickým dilematům v intenzivní péči, a to hlavně dilematům vzniklým po příchodu pandemie COVID-19. Teoretická část stručně popisuje filozofický vědní obor etiky. Věnuje se základním etickým teoriím, které zasazuje do medicínské praxe a představuje jejich role. V teoretické části se nachází deskripce základních etických problémů intenzivní péče jak pandemického, tak běžného režimu.

Výzkumné šetření v rámci praktické části bakalářské práce zmapovalo etická dilemata v intenzivní péči po příchodu pandemie COVID-19. Zjistili jsme, že během pandemie zdravotníci zaměstnaní v intenzivní péči řeší navíc etické otázky alokace vzácných zdrojů, neetického zacházení s těly zemřelých, problematiky zákazu návštěv, nedostatku OOPP, rizik pro zdravotníky a v neposlední řadě i zneužívání záběrů ošetrovatelské péče, zdravotníků a pacientů médií. Porovnali jsme četnost etických dilemat v intenzivní péči během pandemie a před jejím vypuknutím. S pandemií COVID-19 etických dilemat v intenzivní péči přibylo a zdravotničtí záchranáři se s nimi setkávají častěji. Zabývali jsme se taktéž etickými otázkami alokace vzácných zdrojů. Zajímalo nás, zda tyto otázky považují zdravotničtí záchranáři za dominantu mezi ostatními pandemickými etickými dilematy, což se nakonec nepotvrdilo. Mnoho zdravotnických záchranářů považuje za nejvýraznější etická dilemata intenzivní péče marnou léčbu a dystanázii i přes příchod pandemie COVID-19. Dále jsme získali spoustu obohacujících názorů zdravotnických záchranářů ohledně ostatních pandemických etických dilemat. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Kvalifikační práce se věnuje velice aktuálnímu tématu. Poskytuje teoretický souhrn problematiky etických dilemat v intenzivní péči. Výzkum jako jeden z prvních zmapoval proměnu situace etických otázek na odděleních IP v důsledku pandemie COVID-19. Dotazníkové šetření přináší přehled etických dilemat, která se nově vyskytují v intenzivní péči kvůli pandemii COVID-19. Výstup praktické části bakalářské práce může sloužit jako podnět k tvorbě nových postupů a algoritmů v řešení pandemických etických otázek v IP. Bakalářská práce dále může pomoci zdravotnickým záchranářům a studentům zdravotnického záchranářství připravit se a adaptovat, na pandemickou situaci a etická úskalí v intenzivní péči.

SEZNAM LITERATURY

ANZENBACHER, Arno, 2001. *Úvod do etiky*. Vyd. v tomto překl. 3., v nakl. Academia 2. Praha: Academia. ISBN 80-200-0953-1.

BAKER, Robert, 2005. Draft model aggregated code of ethics for bioethicists. *American Journal of Bioethics* [online]. 33-41 [cit. 2022-01-26]. ISSN 1526-5161. Dostupné z: doi:10.1080/15265160500245188.

BARTŮNĚK, Petr, JURÁSKOVÁ Dana, HECZKOVÁ Jana a Daniel NALOS, ed., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

BILASOVÁ, Viera, 2008. *Etika a medicína*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-8068-809-7.

BUŽGOVÁ, Radka, 2013. Etika ve zdravotnictví [online]. Ostrava [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Buzgova_Etika-ve-zdrav.pdf. Studijní opora. Ostravská univerzita v Ostravě.

COVID-19 – ethical issues. A guidance note, 2020. *BMA* [online]. 9 April 2020 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>

ČERNÝ, David, DOLEŽAL Adam a DOLEŽAL Tomáš. *ETICKÁ A PRÁVNÍ VÝCHODISKA pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19* [online]. 2020 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: https://zdravotnickepravo.info/wp-content/uploads/2020/10/Eticka-a-pravni-vychodiska-pro-tvorbu-doporuceni-v-ramci-COVID-19_podzim-2020.pdf

ČERVENKOVÁ, Karolína, 2021. *Pandemie COVID 19 na jaře 2020 – role zdravotnických záchranářů*. Praha. Bakalářská práce. ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva. Vedoucí práce Prof. MUDr. Věra Adámková, Csc.

ČESKÁ REPUBLIKA, 2000. *Zákon č. 258/2000 ze dne 14. července 2000 Sb.: Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*. In: . Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

ČESKÁ REPUBLIKA, 2020. *M I M O Ř Á D N Ě O P A T Ě N Í*. In: . Praha: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18675/40512/Mimo%20dn%20opat%20en%20z%20kaz%20n%20v%20at%20bv%20ve%20zdravotnick%20dch%20za%20zen%20dch%20s%201%20af%20ekovou%20p%20a%208d.pdf>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, Únorová úmrtnost převýšila o více než třetinu pětiletý průměr, zdaleka nejhůře bylo v Karlovarském kraji. *Český statistický úřad* [online]. 6. dubna 2021 [cit. 2022-03-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/unorova-umrtnost-prevysila-o-vice-nez-tretinu-petilety-prumer-zdaleka-nejhure-bylo-v-karlovarskem-kraji>

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2020. *COVID-19 a nejvýznamnější etické aspekty podle BMA* [online]. In: 14. 4. 2020 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: https://nlk.cz/wp-content/uploads/2020/03/BMA-_COVID-19_edit.pdf

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualizované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HUBÁČEK, Petr a FILIPČÍKOVÁ Radka. *EFEKTIVNÍ SYSTÉM TŘÍDĚNÍ NEMOCNÝCH A ZRANĚNÝCH* [online]. 2017 [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: file:///C:/Users/stank/Downloads/Efektivn%20syst%20a%20m%20t%20d%20n%20nemocn%20dch_a_zran%20dch.pdf

JEDLIČKOVÁ, Anetta, 2020. Etické konotace léčby onemocnění covid-19. *Vnitřní lékařství* [online]. Praha, 2020, 66 (7) [cit. 2022-02-22]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2020/07/12.pdf>

JONSEN, Albert R., SIEGLER Mark a WINSLADE William J., 2019. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Přeložil Jaromír MATĚJEK. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7553-653-2.

Koronavirus a média. In: *JSNS.cz* [online]. [cit. 2022-02-22].
Dostupné z: <https://www.jsns.cz/projekty/medialni-vzdelavani/bulletin-medialni-vzdelavani/inspirujte-se/koronavirus-a-media>

KOVAĽOVÁ, Daniela, FOBEL Pavel, ĎURČÍK Vladimír a Dana IGNJATOVIČOVÁ, 2009. *Bioetika ako akademická a profesionálna špecializácia*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela. ISBN 978-80-8083-820-1.

KŘEPELKA, Filip, 2021. Právo pandémie covidu-19: náčrt celkového obrazu. *Časopis zdravotníckého práva a bioetiky* [online]. 10(2), 5-70 [cit. 2022-02-22]. ISSN 1804-8137. 1804-8137.
Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/201/162>

KUŘE, Josef, 2012. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5951-1.

MALÁSKA, Jan, STAŠEK Jan, KRATOCHVÍL Milan a ZVONÍČEK Václav, 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-675-7.

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA: ČASOPIS ÚSTAVU MEDICÍNSKEJ ETIKY A BIOETIKY [online], 1997. Bratislava [cit. 2022-02-02]. ISSN 1335-0560.
Dostupné z: <http://www.bioethics.sk/files/journal/1997-1.pdf>.

ONDŘIOVÁ, Iveta, 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-4602-4.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK Petr, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ Tereza, 2020. *Paliativní péče: Etické a právní aspekty paliativní péče* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2022-02-05]. ISSN 1802-128X. ISBN 978-80-210-9628-8.
Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/08_09_marna_lecba.html.

ŠEVČÍK, Pavel a MATĚJOVIČ Martin, ed., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠIBR, Květoslav, 2004. Bioetika: principy a přístupy. *Bioetika* [online]. 2004, 4-5 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z: <http://bioetika.cz/clanky/2004-1-uvod.pdf>.

ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.

ŠÍN, Robin, 2017. *Medicína katastrof*. 1. vydání Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-295-4.

TRUHLÁŘ, Anatolij, R. ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, DIZON, J. DJAKOW, J. DRÁBKOVÁ a O. FRANĚK, 2021. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. MÁLEK, Jiří. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. Olomouc: Solen, 2021, 32., 1-72 [cit. 2022-02-09]. 978-80-7471-358-3. Dostupné z: doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.003. Epub 2021 Mar 24.

VÁCHA, Marek Orko, KÖNIGOVÁ Radana a MAUER Miloš, 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.

VÁCHA, Marek, 2019. Základní etické teorie. In: *3. lékařská fakulta: Univerzita Karlova* [online]. Praha: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 2019 [cit. 2022-01-26]. Dostupné z :https://www.lf3.cuni.cz/3LF-427-version1-zakladni_eticke_teorie_u3v_2_vyuka.ppt.

VOLF, Jan, 2017. *Filosofie*. Hradec Králové: E-knihy hned. ISBN 978-80-7536-197-4.

Základy intenzivní medicíny, 2009. *AKUTNĚ.CZ* [online]. 13. 12. 2009 [cit. 2022-02-02]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/index.php?pg=vyukove-materialy--kurzy&tid=15>.

ZEMLIÁK, Ievgen. Etické otázky neodkladné péče. Plzeň, 2015. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník určený zdravotnickým záchranářům z FN Plzeň.....	107
Příloha 2: Dotazník určený zdravotnickým záchranářům v Karlovarské krajské nemocnici, Stodské nemocnici a Nemocnici Klatovy.....	114
Příloha 3: Souhlas se sběrem dat ve FN Plzeň	122

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník určený zdravotnickým záchranářům z FN Plzeň

Dobrý den,

jmenuji se Silvie Staňková, jsem studentkou třetího ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych poprosit zdravotnické záchranáře s jakoukoli zkušeností s péčí o COVID-19 pozitivní pacienty v intenzivní péči o vyplnění dotazníku k bakalářské práci.

Bakalářská práce nese název „Etická dilemata v práci zdravotnického záchranáře“. Zaměřuje se především na etická dilemata související s pandemií COVID-19. Jejím cílem je zjistit, jaká nová etická dilemata pandemie vnesla do práce zdravotnických záchranářů v intenzivní péči. Zjistit, jaká byla a nyní je četnost etických dilemat v práci zdravotnických záchranářů, v jaké míře ovlivnil intenzivní péči nedostatek zdrojů a jejich následná nutná alokace. V neposlední řadě se má práce soustředit na postoje zdravotnických záchranářů k jednotlivým etickým dilematům.

Dotazník je anonymní.

Moc Vám děkuji za odpovědi.

1. Věk

- a) 20-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 let a více

2. Pohlaví (zaškrtněte, popřípadě vypište)

- a) Žena
- b) Muž
- c) Jiné:

3. Jak dlouho pracujete v intenzivní péči?

- a) 0-3 roky
- b) 4-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 let a více

4. Zdravotnické zařízení a oddělení, kde pracujete:

Vlastní odpověď:

5. Zdravotnické zařízení a oddělení, kde jste se setkali s péčí o pacienty s COVID-19:

Vlastní odpověď:

6. Setkávali jste se v intenzivní péči s etickými dilematy před vypuknutím pandemie COVID-19?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaká dilemata/problémy to podle Vás byly? (můžete zaškrtnout více odpovědí, popřípadě vypsát do „jiné“)

- a) KPR osob v terminálním stadiu maligního onemocnění
- b) Permanentní vegetativní stav
- c) Marná léčba
- d) Dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)
- e) Invazivita léčby u osob staršího věku
- f) Jiné:

8. Jak často jste se s etickými dilematy před vypuknutím pandemie setkávali?

- a) Každý den
- b) Několikrát do týdne
- c) Několikrát do měsíce
- d) Méně často

9. Setkávali jste se v intenzivní péči s etickými dilematy po propuknutí pandemie COVID -19?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jak často jste se s dilematy po propuknutí pandemie COVID-19 setkávali?

- a) Každý den
- b) Několikrát do týdne
- c) Několikrát do měsíce
- d) Méně často

11. Myslíte si, že pandemie COVID-19 vnesla do intenzivní péče nová etická dilemata/problémy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaká dilemata/problémy to podle Vás byly? (můžete zaškrtnout více odpovědí, popřípadě vypsát do „jiné“)

- a) Triáž pacientů z důvodu nedostatku zdrojů (např. určování přednosti v poskytnutí UPV nebo JIPového lůžka)
- b) Neetické zacházení s těly zemřelých
- c) Riziko nákazy zdravotnického personálu z důvodu nedostatku OOPP
- d) Neumožnění rodinám setkat se s blízkými nebo se s nimi rozloučit
- e) Mediální zneužití záběrů zdravotníků a pacientů z oddělení poskytujících péči nakaženým COVID-19
- f) Jiné:

13. Myslíte si, že nejvýraznějším etickým problémem pandemie Covid-19 v intenzivní péči byla alokace vzácných zdrojů? (alokací se rozumí přidělení nějakého prostředku, kterého není dostatek pro všechny nejideálnějšímu kandidátovi, např. posledního ventilátoru, na který čeká pět pacientů nebo posledních dvou respirátorů, které by potřebovali tři sestry a dva lékaři)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, jaké jiné etické dilema to podle Vás bylo?

Vlastní odpověď:

15. Bylo možné poskytnout každému přijatému COVID pozitivnímu pacientovi adekvátní péči k jeho stavu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Je podle Vašich zkušeností pravda, že paliativní péče byla v období pandemie poskytována v plném rozsahu stejně jako v období před pandemií a nebyla nijak modifikována např. nedostatkem volných lůžek a jejich urgentní potřebou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

17. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, jak se paliativní péče v době pandemie změnila a co ji ovlivnilo?

Vlastní odpověď:

18. Setkali jste se během pandemie s neetickým zacházením s tělem zemřelého?

Např. nedokonalá posmrtná péče vlivem nedostatku volných lůžek a jejich urgentní potřeby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Myslíte si nebo máte zkušenost s tím, že během pandemie nedocházelo pouze k nedostatku zdrojů materiálních, ale i personálních?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

20. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jak se tento nedostatek projevil? (můžete vybrat více odpovědí, popřípadě vypsát do „jiné“)

- a) Navýšením počtu směn oproti normálu
- b) Stouply pracovní nároky na zdravotnické záchranáře např. se během směny museli starat o více pacientů než za běžného režimu
- c) Personální zabezpečení z běžných režimů JIPů nebylo po přechodu na "Covidový JIP" dostatečné a museli vypomáhat kolegové z jiných oddělení
- d) Stoupla úroveň stresu na pracovišti
- e) Nebylo možné poskytnout ošetrovatelskou péči na takové úrovni jako v běžném režimu
- f) Zrušením dovolených
- g) Neprojevilo se nijak
- h) Jiné:

21. Jak jste vnímali zákaz návštěv? Myslíte si, že by mělo být každému i přes závažnost pandemie a rizika nákazy umožněno setkat se se svými blízkými v intenzivní péči? (samozřejmě za použití ochranných pomůcek, vyberte jednu možnost)

- a) Myslím, že každý by měl mít možnost navštívit své blízké.
- b) Myslím, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké.
- c) Myslím, že každý by měl mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- d) Myslím, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- e) Myslím, že by návštěvy měly být zakázané úplně vzhledem k rizikům a vážnosti pandemie.
- f) Jiné:

22. Jaká je Vaše zkušenost s návštěvami během pandemie? (vyberte jednu možnost)

- a) Každý měl možnost navštívit své blízké.
- b) Nejbližší příbuzní měli možnost navštívit své blízké.
- c) Každý měl možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- d) Nejbližší příbuzní měli možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- e) Návštěvy byly zakázány úplně.
- f) Jiné:

23. Vnímáte vážnost etických dilemat v intenzivní péči během pandemie více než v období před pandemií?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

24. Začali jste během pandemie etickým otázkám přikládat větší váhu než dříve?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Příloha 2: Dotazník určený zdravotnickým záchranářům v Karlovarské krajské nemocnici, Stodské nemocnici a Nemocnici Klatovy

Dobrý den,

jmenuji se Silvie Staňková, jsem studentkou třetího ročníku oboru Zdravotnický záchranář na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych poprosit zdravotnické záchranáře s jakoukoli zkušeností s péčí o COVID-19 pozitivní pacienty v intenzivní péči o vyplnění dotazníku k bakalářské práci.

Bakalářská práce nese název „Etická dilemata v práci zdravotnického záchranáře“. Zaměřuje se především na etická dilemata související s pandemií COVID-19. Jejím cílem je zjistit, jaká nová etická dilemata pandemie vnesla do práce zdravotnických záchranářů intenzivní péči. Zjistit jaká byla a nyní je četnost etických dilemat v práci zdravotnických záchranářů, v jaké míře ovlivnil intenzivní péči nedostatek zdrojů a jejich následná nutná alokace. V neposlední řadě se má práce soustředit na postoje zdravotnických záchranářů k jednotlivým etickým dilematům.

Dotazník je anonymní.

Moc Vám děkuji za odpovědi.

1. Věk

- a) 20-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 let a více

2. Pohlaví (zaškrtněte, popřípadě vypište)

- a) Žena
- b) Muž
- c) Jiné:

3. Jak dlouho pracujete v intenzivní péči?

- a) 0-3 roky
- b) 4-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 let a více

4. Zdravotnické zařízení a oddělení, kde pracujete:

Vlastní odpověď:

5. Zdravotnické zařízení a oddělení, kde jste se setkali s péčí o pacienty s COVID-19:

Vlastní odpověď:

6. Setkávali jste se v intenzivní péči s etickými dilematy před vypuknutím pandemie COVID-19?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

7. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaká dilemata/problémy to podle Vás byly? (můžete zaškrtnout více odpovědí, popřípadě vypsát do „jiné“)

- a) KPR osob v terminálním stadiu maligního onemocnění
- b) Permanentní vegetativní stav
- c) Marná léčba
- d) Dystanázie (prodlužování života, zadržovaná smrt)
- e) Invazivita léčby u osob staršího věku
- f) Jiné:

8. Jak často jste se s etickými dilematy před vypuknutím pandemie setkávali?

- a) Každý den
- b) Několikrát do týdne
- c) Několikrát do měsíce
- d) Méně často

9. Setkávali jste se v intenzivní péči s etickými dilematy po propuknutí pandemie COVID -19?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jak často jste se s dilematy po propuknutí pandemie COVID-19 setkávali?

- a) Každý den
- b) Několikrát do týdne
- c) Několikrát do měsíce
- d) Méně často

11. Myslíte si, že pandemie COVID-19 vnesla do intenzivní péče nová etická dilemata/problémy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

12. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jaká dilemata/problémy to podle Vás byly? (můžete zaškrtnout více odpovědí, popřípadě vypsát do „jiné“)

- a) Triáž pacientů z důvodu nedostatku zdrojů (např. určování přednosti v poskytnutí UPV nebo JIPového lůžka)
- b) Neetické zacházení s těly zemřelých
- c) Riziko nákazy zdravotnického personálu z důvodu nedostatku OOPP
- d) Neumožnění rodinám setkat se s blízkými nebo se s nimi rozloučit
- e) Mediální zneužití záběrů zdravotníků a pacientů z oddělení poskytujících péči nakaženým COVID-19
- f) Jiné:

13. Myslíte si, že nejvýraznějším etickým problémem pandemie Covid-19 v intenzivní péči byla alokace vzácných zdrojů? (alokací se rozumí přidělení nějakého prostředku, kterého není dostatek pro všechny nejideálnějšímu kandidátovi, např. posledního ventilátoru, na který čeká pět pacientů nebo posledních dvou respirátorů, které by potřebovali tři sestry a dva lékaři)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, jaké jiné etické dilema to podle Vás bylo?

Vlastní odpověď:

15. Bylo možné poskytnout každému přijatému COVID pozitivnímu pacientovi adekvátní péči k jeho stavu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

16. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, podle jakých kritérií většinou lékaři rozhodovali o tom, komu bude poskytnuta plná terapie a komu pouze omezená vzhledem k nedostatku zdrojů?

- a) Věk
- b) BMI
- c) Kvalita předchozího života
- d) Zdravotní stav
- e) Prognóza
- f) Jiné:

17. Stala se podle Vás triáž pacientů v rámci alokace vzácných zdrojů během pandemie běžnou praxí?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Je podle Vašich zkušeností pravda, že paliativní péče byla v období pandemie poskytována v plném rozsahu stejně jako v období před pandemií a nebyla nijak modifikována např. nedostatkem volných lůžek a jejich urgentní potřebou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, jak se paliativní péče v době pandemie změnila a co ji ovlivnilo?

Vlastní odpověď:

20. Setkali jste se během pandemie s neetickým zacházením s tělem zemřelého? Např. nedokonalá posmrtná péče vlivem nedostatku volných lůžek a jejich urgentní potřeby?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Myslíte si nebo máte zkušenost s tím, že během pandemie nedocházelo pouze k nedostatku zdrojů materiálních, ale i personálních?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

22. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, jak se tento nedostatek projevil? (můžete vybrat více odpovědí, popřípadě vypsát do „jiné“)

- a) Navýšením počtu směn oproti normálu
- b) Stouply pracovní nároky na zdravotnické záchranáře např. se během směny museli starat o více pacientů než za běžného režimu
- c) Personální zabezpečení z běžných režimů JIPů nebylo po přechodu na "Covidový JIP" dostatečné a museli vypomáhat kolegové z jiných oddělení
- d) Stoupla úroveň stresu na pracovišti
- e) Nebylo možné poskytnout ošetrovatelskou péči na takové úrovni jako v běžném režimu
- f) Zrušením dovolených
- g) Neprojevilo se nijak
- h) Jiné:

23. Během pandemie jste se častěji museli starat o pacienty s marnou léčbou, zvládali jste se o takové pacienty starat se stejnou motivací a poskytnout jim stejně důslednou ošetrovatelskou péči jako pacientům s příznivou prognózou?

- a) Ano, má motivace i péče se nezměnily.
- b) Zvládal/zvládala jsem takovému pacientovi poskytovat stejnou péči, ale má motivace klesla.
- c) Ne, nezvládala jsem poskytovat stejnou péči, moje motivace klesla.

24. Měli jste na pracovišti vždy dostatek ochranných pomůcek?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ne, dostali jste se kvůli nedostatku OOPP do vážného rizika nákazy nebo se dokonce nakazili?

- a) Ano, dostal/a jsem se do vážného rizika nákazy.
- b) Ne, nedostal/a jsem se do vážného rizika nákazy.
- c) Nakazil/a jsem se.

26. Se kterým zdravotníkem byste se spíše ztotožňovali? 1. Zdravotník kvůli nedostatku OOPP nezahájil včas KPR, kvůli čemuž se výrazně zhoršila prognóza jeho pacienta. 2. Zdravotník s nedostatkem OOPP zahájil KPR včas, pacientův oběh byl okamžitě obnoven, ale zdravotník se vystavil riziku nákazy COVID-19, přičemž se jeho nákaza později potvrdila. Prognóza pacienta se po zástavě a následném obnovení oběhu téměř nezměnila.

- a) 1.
- b) 2.
- c) Záleží také na tom, o jakého by šlo pacienta

27. Jak jste vnímali zákaz návštěv? Myslíte si, že by mělo být každému i přes závažnost pandemie a rizika nákazy umožněno setkat se se svými blízkými v intenzivní péči? (Samozřejmě za použití ochranných pomůcek)

- a) Myslím, že každý by měl mít možnost navštívit své blízké.
- b) Myslím, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké.
- c) Myslím, že každý by měl mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- d) Myslím, že nejbližší příbuzní by měli mít možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- e) Myslím, že by návštěvy měly být zakázané úplně vzhledem k rizikům a vážnosti pandemie.
- f) Jiné:

28. Jaká je Vaše zkušenost s návštěvami během pandemie? (vyberte jednu možnost)

- a) Každý měl možnost navštívit své blízké.
- b) Nejbližší příbuzní měli možnost navštívit své blízké.
- c) Každý měl možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- d) Nejbližší příbuzní měli možnost navštívit své blízké, ale pouze v případě posledního rozloučení.
- e) Návštěvy byly zakázány úplně.
- f) Jiné:

29. Máme dva pacienty stejného věku a komorbidit, jeden je očkovaný proti COVID-19, druhý z osobního přesvědčení očkování odmítl. Měl by mít při vyčerpání zdrojů lidských i materiálních přednost v péči očkovaný pacient, který splnil svou občanskou povinnost?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

30. Vnímáte vážnost etických dilemat v intenzivní péči během pandemie více než v období před pandemií?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

31. Začali jste během pandemie etickým otázkám přikládat větší váhu než dříve?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Příloha 3: Souhlas se sběrem dat ve FN Plzeň

Vážená paní

Silvie Staňková

Studentka oboru Zdravotnický záchranář

Fakulta zdravotnických studií - Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného zdravotnickým záchranářům, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Klinika – I. interní, anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, chirurgická, pneumologie a ftizeologie.*
- *Oddělení - anesteziologicko-resuscitační, kardiochirurgické.*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Etická dilemata v práci zdravotnického záchranáře*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí, či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci považovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

18. 2. 2021